



Universidade do Minho
Instituto de Educação

Mónica Martins Guimarães

**Análise da Utilização das Práticas
Recomendadas em Intervenção Precoce
pelos Terapeutas Ocupacionais**



Universidade do Minho
Instituto de Educação

Mónica Martins Guimarães

**Análise da Utilização das Práticas
Recomendadas em Intervenção Precoce
pelos Terapeutas Ocupacionais**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Educação Especial
Área de especialização em Intervenção Precoce

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Ana Maria Serrano

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.



Atribuição-Compartilhagual
CC BY-SA

<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

AGRADECIMENTOS

Após esta longa jornada, por vezes insegura e tumultuosa, queria agradecer àqueles que nunca permitiram que eu voltasse para trás.

Em primeiro lugar um especial agradecimento à minha orientadora, Professora Doutora Ana Maria Serrano, que no meio da azáfama do seu trabalho, conseguiu sempre orientar-me e incentivar-me, quer através de artigos e literatura pertinente para o meu estudo e das (longas) reflexões e conversas sobre o tema, mas principalmente por ter adotado, comigo, uma verdadeira abordagem baseada nas forças. Todo o reforço positivo e encorajamento pelo meu trabalho foram essenciais para o seguimento desta caminhada.

À professora Ana Paula Pereira pela disponibilidade que sempre demonstrou para ajudar no que fosse preciso.

Aos terapeutas ocupacionais, um agradecimento por terem colaborado no meu estudo, sem vocês nada disto seria possível.

Por fim, mas não menos importante, um agradecimento à minha mãe, uma força da natureza....! Obrigada por seres um exemplo de dedicação, resiliência, humanismo e persistência que tanto me inspirou ao longo da vida. Por isso mesmo, dedico esta dissertação a ti.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DAS PRÁTICAS RECOMENDADAS EM INTERVENÇÃO

PRECOCE PELOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS

RESUMO

Nas últimas décadas, e com o avanço da evidência científica, os modelos recomendados no trabalho com as crianças pequenas veem sofrendo alterações com o surgimento de abordagens que produzem melhores resultados. Outrora preconizava-se o modelo médico, hoje fala-se em abordagem centrada na família. A mudança para uma abordagem centrada na família é árdua pois exige uma mudança de crenças e práticas dos profissionais. Deste modo, o terapeuta ocupacional enquanto profissional habilitado a trabalhar com crianças, faz parte do grupo de profissionais a quem estas práticas devem ser incutidas desde o início da sua formação.

A presente investigação tem como finalidade a avaliação das práticas dos profissionais de terapia ocupacional, integrados ou não em projetos públicos de Intervenção Precoce, bem como o que influencia/condiciona a utilização destas práticas. O instrumento de recolha de dados foi a “*Family-Centered Practices Checklist*”, da autoria de Linda Wilson e Carl J Dunst (2002), e ainda um questionário desenvolvido pelas investigadoras tendo em conta a literatura da área. A amostra foi de 78 terapeutas ocupacionais que trabalham com crianças dos 0 aos 6 anos, afetos ou não aos projetos públicos de intervenção precoce. A metodologia do estudo é de natureza quantitativa, transversal, do tipo exploratório-descritivo e correlacional.

Como principais resultados destacámos que a utilização das práticas relacionais e participativas estão positivamente correlacionadas, assim como encontramos correlações positivas entre as práticas relacionais e participativas e as componentes das práticas descritas no questionário desenvolvido pelas investigadoras. Foi verificado também que a experiência nas Equipas Locais de Intervenção, a formação contínua e específica na área e o tempo de experiência profissional são fatores que influenciam consideravelmente a utilização das práticas, principalmente as participativas. Por fim, verificou-se que os profissionais de terapia ocupacional detêm de algumas assunções sobre o que são as práticas centradas na família apesar de serem escassas as formações/especializações na área da Intervenção Precoce. Os inquiridos mencionam como principais barreiras às práticas recomendadas em IP fatores relacionados com a família e com os profissionais.

Palavras-chave: famílias; intervenção precoce; práticas centradas na família; práticas recomendadas em intervenção precoce; terapeutas ocupacionais.

ANALYSIS OF THE USE OF EARLY INTERVENTION RECOMMENDED PRACTICES BY OCCUPATIONAL THERAPISTS

ABSTRACT

In the last decades, and with the scientific progress, the recommended models for working with young children have been changing with the emergence of new approaches that produce better outcomes. Formerly the medical model was advocated, but today we heard about a family-centered approach. The change for a family-centered approach is arduous as it requires a change in practices and beliefs of practitioners, requiring the release of traditional roles played by practitioners, including the role of expert and detainers of choices. Therefore, the occupational therapists, as qualified professionals who work with young children, are part of the group of professionals to whom these practices should be transmitted since the beginning of their training.

The aim of this inquiry is to evaluate occupational therapists' practices, whether they are working for public EI projects or not, and what's influencing/constraining the use of these practices. The data collection instrument was the "Family-Centered Practices Checklist" developed by Linda Wilson and Carl J Dunst (2002), and a questionnaire, based on recent literature, developed by the researchers for this study. The sample is composed of 78 occupational therapists working with children from 0 to 6 years old, in or out public early intervention projects. The methodology used in this study is quantitative, cross-sectional, exploratory-descriptive and correlational.

As main results we conclude that the use of relational and participatory practices is positively correlated, just as we found positive correlations between relational and participatory practices and the components of the practices described in the questionnaire developed by the researchers. It was also validated that the experience in the Local Intervention Teams, the continuous and specific training in the area and number of years working with young children, are factors that considerably influence the use of the practices, particularly the participatory ones. Additionally, it was found that occupational therapy professionals have some knowledge about family-centered practices despite their few training/specializations in the area of Early Intervention. The respondents mentioned factors related to families and professionals as the major barriers to the use of best practices in early intervention.

Keywords: early childhood intervention; early intervention recommended practices; families; family-centered practices; occupational therapists.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	ii
RESUMO	iv
ABSTRACT	vi
Introdução	13
CAPÍTULO I - REVISÃO DA LITERATURA	16
1.1. Evolução histórica das políticas públicas da IP	16
1.1.1. Nos Estados Unidos	16
1.1.2. Em Portugal	17
1.2. Modelos de base das práticas recomendadas em IP	20
1.2.1. Modelo da Ecológico e Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner	20
1.2.2. Modelo Transaccional de Sameroff & Chandler	23
1.2.3. A terceira geração de programas de IP - Modelo Integrado de Intervenção Precoce	24
1.2.4. Modelo de Desenvolvimento Sistémico para a Intervenção Precoce de Guralnick	28
1.3. Abordagem centrada na família	30
Fatores organizacionais que facilitam a implementação de PCF	36
1.4. Práticas recomendadas em Intervenção Precoce	37
1.4.1. Práticas Recomendadas em IP do <i>Division for Early Childhood</i>	39
1.4.1. <i>Workgroup on Principles and Practices in Natural Environments</i>	38
1.4.2. <i>Guidelines</i> nacionais da <i>Early Childhood Intervention Australia</i>	39
1.5. A Intervenção Precoce e a Terapia Ocupacional (TO)	41
1.5.1 Modelo da Ocupação Humana (MOH)	42
1.5.2. Modelo Canadano de Desempenho Ocupacional (MCD0)	43
1.5.3. Princípios da Terapia Ocupacional vs Princípios da Intervenção Precoce	44

1.5.4. Utilização práticas recomendadas em IP pelos Terapeutas Ocupacionais – Estado da Arte.....	51
CAPÍTULO II – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	55
2.1. Desenho do Estudo	55
2.2. Finalidade do estudo	55
2.3. Objetivos da investigação.....	56
2.4. Variáveis do estudo.....	57
2.5. Caracterização da amostra	58
2.6. Instrumento de recolha de dados.....	58
2.7. Procedimentos de recolha de dados	61
2.8. Procedimentos de tratamento de dados	62
2.9. Propriedades Psicométricas da <i>Checklist de Práticas Centradas na Família</i>	63
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE E DOS DADOS	70
3.1.Caracterização da amostra do estudo	70
3.2.Resultados do questionário	80
3.2.1. Estatística descritiva da <i>Checklist</i> de Práticas Centradas na Família.....	80
3.2.2. Estatística descritiva da avaliação das outras componentes das práticas recomendadas em IP	82
3.3.Análise dos dados qualitativos (Questões de investigação)	84
3.4.Testes de Hipóteses	100
CAPÍTULO IV –DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	118
CAPÍTULO V – CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	131
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	136

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Exemplo de um processo transacional.....	23
Figura 2 Modelo descritivo da influência direta e indireta do apoio social e dos fatores intrafamiliares na saúde e bem-estar da família, nos estilos parentais e no comportamento e desenvolvimento da criança	25
Figura 3 Principais componentes operacionais do modelo integrado de Intervenção Precoce.....	26
Figura 4 Contextos de atividades quotidianas como oportunidades de aprendizagem em meio natural baseadas nos interesses da criança e fomentadoras de competências.....	27
Figura 5 Modelo de Desenvolvimento Sistémico	29
Figura 6 Distribuição da amostra em função da variável Distritos de Atuação.....	71
Figura 7 Distribuição da amostra em função da variável Escola de Formação Inicial	72

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 Evolução da IP em Portugal.....	18
Quadro 2 Características dos diferentes paradigmas de implementação da intervenção precoce.....	33
Quadro 3 Tipos de abordagens na intervenção com as famílias.....	34
Quadro 4 Fatores organizacionais que facilitam a operacionalização das PCF.....	36
Quadro 5 Relação entre Princípios da Terapia Ocupacional e da Intervenção Precoce.....	44
Quadro 6 Relação entre a literatura da terapia ocupacional e os princípios-chave da intervenção precoce.....	46
Quadro 7 Síntese dos estudos acerca da avaliação das práticas recomendadas em IP de terapeutas ocupacionais.....	52

Quadro 8 Entidades de formação especializada referidas pelos sujeitos da amostra com Formação Especializada.....	76
Quadro 9 Distribuição dos Sujeitos da Amostra em função dos temas de formação contínua e respetivas entidades formadoras.....	77
Quadro 10 Distribuição dos sujeitos tendo em conta o contexto em que ouviram o termo de PCF pela primeira vez.....	84
Quadro 11 Distribuição dos sujeitos relativamente à definição de PCF.....	85
Quadro 12 Distribuição dos sujeitos relativamente às características do processo de adaptação ao modelo transdisciplinar e centrado na família.....	88
Quadro 13 Distribuição dos sujeitos relativamente à sua perceção da eficácia do modelo transdisciplinar e centrado na família.....	89
Quadro 14 Distribuição dos sujeitos com experiência em ELI relativamente às barreiras à implementação das práticas recomendadas em IP.....	91
Quadro 15 Distribuição dos sujeitos sem experiência em ELI relativamente às barreiras à implementação das práticas recomendadas em IP.....	94

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Variações na consistência interna da checklist com a eliminação de itens.....	64
Tabela 2 Análise da adequabilidade do instrumento em relação à Análise Fatorial	65
Tabela 3 Estrutura Fatorial após Rotação Varimax da Checklist	66
Tabela 4 Análise da consistência interna dos fatores	67
Tabela 5 Características dos itens do Fator 1 - "Práticas Participativas" (n=78)	68
Tabela 6 Características dos itens do Fator 2 - "Práticas Relacionais" (n=78)	69
Tabela 7 Distribuição da amostra em função da variável Idade.....	70
Tabela 8 Distribuição da amostra em função da variável Sexo e Presença de Filhos.....	70
Tabela 9 Distribuição da amostra em função da variável Tempo de Experiência.....	72

Tabela 10 Distribuição da amostra em função da variável Experiência em ELI	73
Tabela 11 Distribuição da amostra em função da variável Formação Especializada.....	73
Tabela 12 Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Categoria Saúde da Variável Formação Especializada	74
Tabela 13 Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Categoria Educação Especial da Variável Formação Especializada	74
Tabela 14 Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Categoria Psicologia da Variável Formação Especializada	75
Tabela 15 Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Categoria Outras da Variável Formação Especializada	75
Tabela 16 Distribuição dos Sujeitos da Amostra em função da variável Formação Contínua	77
Tabela 17 Estatística Descritiva dos Resultados da Checklist de Práticas Centradas na Família (quanto menor o valor da média, maior a utilização da prática)	81
Tabela 18 Estatística descritiva dos Fatores	82
Tabela 19 Estatística descritiva do questionário das Outras Componentes das práticas.....	83
Tabela 20 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Práticas Relacionais consoante o tempo de experiência profissional	101
Tabela 21 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Práticas Participativas consoante o tempo de experiência profissional	102
Tabela 22 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Outras Componentes das Práticas Recomendadas em IP consoante o tempo de experiência profissional	103
Tabela 23 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Práticas Relacionais consoante a presença de filhos	105
Tabela 24 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Práticas Participativas consoante a presença de filhos	105
Tabela 25 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Outras Componentes das Práticas Recomendadas em IP, consoante a presença de filhos.....	106

Tabela 26 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Práticas Relacionais, consoante a experiência em ELI	108
Tabela 27 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Práticas Participativas, consoante a experiência em ELI	109
Tabela 28 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Outras Componentes das Práticas, consoante a experiência em ELI.....	110
Tabela 29 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Práticas Relacionais, consoante a detenção de formação especializada.....	111
Tabela 30 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Práticas Participativas, consoante a detenção de formação especializada.....	112
Tabela 31 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Outras Componentes das Práticas Recomendadas em IP, consoante a detenção de formação especializada	113
Tabela 32 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Práticas Relacionais, consoante a detenção de formação contínua na área de IP.....	114
Tabela 33 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Práticas Participativas, consoante a detenção de formação contínua na área de IP.....	115
Tabela 34 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Outras Componentes das Práticas Recomendadas em IP, consoante a detenção de formação contínua na área de IP.....	116
Tabela 35 Correlação entre os diferentes grupos de práticas	117

Introdução

Enquanto Terapeuta Ocupacional e estudante da Especialização em Intervenção Precoce, a forma como se relacionam as duas áreas sempre foi um tema de interesse à medida que ia aprofundando os meus conhecimentos. Questões como “Será que os terapeutas ocupacionais, na sua generalidade, aplicam as práticas recomendadas em intervenção precoce?”; “Será que este tema é abordado nos cursos de formação dos terapeutas?”; “Estes procurarão formação nessa área?” sempre permaneceram até ter tido a oportunidade de aprofundar o tema através da realização deste estudo.

A abordagem centrada na família tem vindo, desde há umas décadas, a ocupar uma forte posição na intervenção com crianças e suas famílias. A evidência científica que diariamente surge nessa área vem demonstrar os resultados positivos demarcados que esta abordagem detém para a família e para a criança. Em jeito de exemplo, ao potenciar a capacidade de a família procurar soluções para as suas necessidades, o seu sentido de autoeficácia aumenta e consequentemente o bem-estar dos membros da família que demonstrarão mais disponibilidade, principalmente emocional, para interagir e estimular a sua criança.

Wilson e Dunst (2005) definem a IP como o conjunto de práticas que *“Tratam a família com dignidade e respeito; são individualizadas, flexíveis e responsivas às preocupações e prioridades da família; incluem a partilha de informação para que a família possa tomar decisões informadas; respeitam as escolhas da família no que se refere a todos os aspetos do programa e às opções de intervenção; implementam a colaboração e parceria família-profissionais; e promovem as capacidades da família com vista a obter e mobilizar os recursos e apoios de que necessita para cuidar do seu filho de uma forma estimulante”*.

Para que se concretize uma abordagem centrada na família, o profissional deve deter competências específicas que fomentem uma relação de colaboração entre o profissional e a família, tornando-a desde o início parte integrante da equipa no sentido de, em conjunto, atingir os objetivos que a família propõe.

Esta mudança para uma abordagem centrada na família é um trabalho desafiante pois exige que os profissionais abandonem os seus papéis tradicionais de peritos e detentores do poder de escolha. Inúmeras pesquisas sugerem que a formação detém de um papel fundamental na mudança das crenças e consequentemente das práticas dos profissionais (Bluestone et al., 2013; Campbell & Sawyer, 2009;

Cordingley, 2008; Dinnebeil et al., 1996; Dunst, 2016; Dunst et al., 2019; Dunst, Trivette, & Deal, 2011; Espe-Sherwindt, 2008; Fordham et al., 2011; Hiebert-Murphy et al., 2011, 2016; Karlsson, Björck-Åkesson, & Granlund, 2008; Pereira, 2009; Swanson, Raab, & Dunst, 2011; Vilaseca et al., 2018).

Deste modo, para os terapeutas ocupacionais, enquanto profissionais de saúde habilitados a trabalhar com crianças pequenas e suas famílias, torna-se uma mais valia a detenção de formações que os dotem de competências de trabalho com melhor evidência científica.

Em Portugal, com o promulgar da legislação pública da Intervenção Precoce (DL 281/2009) foi dado um grande passo para a prestação de serviços centrados na família às crianças com necessidades especiais e suas famílias. No entanto, pela experiência profissional sabe-se que o Sistema Nacional de Intervenção Precoce, por diversas razões, não consegue abarcar todas as famílias que necessitam de apoio da intervenção precoce, pelo que a formação dos restantes profissionais não afetos aos projetos públicos de intervenção precoce, também se revela de extrema importância.

Formulação do problema

Apesar do crescente enfoque na implementação destas práticas, existem ainda diferenças significativas entre as práticas consideradas ideais e as práticas reais dos profissionais.

Em Portugal existem alguns estudos na área da intervenção precoce que analisam a autoavaliação das práticas dos profissionais, bem como fatores que possam influenciar/inibir a operacionalização adequada das mesmas (I. Almeida, 2008; Maia, 2012; Pereira, 2009)

O interesse em avaliar esses tópicos nos profissionais de terapia ocupacional surgiu como o principal enfoque e finalidade do estudo.

Define-se então como finalidade do estudo a autoavaliação das práticas recomendadas em IP pelos terapeutas ocupacionais afetos ou não aos projetos públicos de intervenção precoce, bem como a identificação de fatores que possam influenciar a adoção dessas práticas. Pretende-se também caracterizar a formação e conhecimentos desses profissionais na área da intervenção precoce bem como a perceção dos mesmos relativamente às barreiras à adoção das práticas.

Organização e conteúdo do estudo

Este estudo está organizado em cinco capítulos. No primeiro capítulo é realizada a revisão bibliográfica, onde é apresentada a principal literatura de suporte para o tema em estudo, realçando a história e os modelos de base da intervenção precoce, as práticas recomendadas em intervenção precoce de vários consórcios e organizações internacionais e, por fim, a relação dos princípios da intervenção precoce com a literatura da terapia ocupacional, bem como a revisão de estudos que avaliem a utilização das práticas recomendadas por estes profissionais.

No segundo capítulo, abordamos a metodologia de investigação utilizada na realização deste estudo, procurando descrever e fundamentar a finalidade e o tipo de estudo, os seus objetivos, hipóteses, questões de investigação, variáveis e os instrumentos de recolha de dados e os seus respetivos procedimentos.

No terceiro capítulo apresentamos os resultados obtidos e análise dos mesmos tendo em conta as hipóteses e questões de investigação formuladas, seguido da discussão dos resultados que está presente no quarto capítulo, em que relacionamos os nossos resultados com a literatura da área, permitindo assim retirar algumas conclusões.

Por fim, no quinto capítulo, mencionámos as conclusões gerais do estudo, as suas limitações e recomendações para a melhoria da utilização das práticas recomendadas em IP pelos terapeutas ocupacionais e para futuras investigações.

CAPÍTULO I - REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo será realizada uma breve abordagem aos tópicos que sustentam teoricamente este estudo.

1.1. Evolução histórica das políticas públicas da IP

1.1.1. Nos Estados Unidos

Os pressupostos teóricos e práticos da intervenção precoce (IP) veem sofrendo alterações ao longo dos anos. Outrora preconizava-se um modelo médico centrado na criança, em que os profissionais que acompanhavam a criança detinham um papel de “experts”, reduzindo o seu trabalho à intervenção nos défices da criança, no sentido de colmatar essas dificuldades, e alienando a família do processo e das decisões da intervenção (Carl J. Dunst & Carol M. Trivette, 2009; Pereira & Serrano, 2010).

Atualmente sabe-se que essas teorias estão desatualizadas, pois o surgimento das teorias sistêmicas na década de 70 veio ressaltar a importância de uma abordagem centrada na família, sendo reconhecido formalmente o seu valor, mais tarde, pela Education for All Handicapped Children Act (PL 94-142), de 1975 e posteriormente pela Education of the Handicapped Act Amendments (PL 99-457) (Pereira & Serrano, 2010). Esta última estabeleceu o direito às crianças dos 0 aos 3 anos com necessidades especiais (NE) e suas famílias auferirem de um programa gratuito composto por uma equipa multidisciplinar coordenada. Nesta lei é possível ler-se a importância da coordenação da equipa, do enfoque na família, do gestor de caso e da colaboração entre profissional e pais.

Uma vez revista a lei, e com o desenvolvimento da “terceira geração dos programas de IP” (Dunst, 2000) nos anos 90, a legislação que atualmente enquadra a prática pública da IP nos Estados Unidos - Individuals With Disabilities Education Act (IDEA) -, realça a importância da abordagem centrada na família, na intervenção dos contextos naturais da criança e da coordenação de serviços.

Para além disso, a defesa destas boas práticas é exercida por várias organizações e consórcios americanos que fornecem orientação para umas práticas de qualidade em Intervenção Precoce, onde se destaca a Division for Early Childhood (DEC) do Council for Exceptional Children (CEC) e o Workgroup on Principles and Practices in Natural Environments.

1.1.2. Em Portugal

Em Portugal, só em meados dos anos 80 é que começaram a surgir os primeiros programas de IP inovadores que prezavam a coordenação de serviços, a deteção e intervenção em crianças com atrasos de desenvolvimento o mais precocemente possível e o envolvimento dos pais em todo o processo educativo dos filhos. Entre eles, destacam-se o Programa Portage para Pais (Isabel, Bairrão Ruivo, & Júlia Serpa, 1986), e o Projeto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra (PIIP) (Pinto et al., 2012). Este último modelo comunitário e centrado na família implementado em 1989 preconizava uma intervenção ecológica e centrada na família, com equipas constituídas por elementos dos 3 ministérios (saúde, educação e segurança social).

Os resultados positivos do PIIP e o desenvolvimento das teorias ecológicas, sistémicas e centradas na família valorizaram a necessidade da criação de um sistema integrado e organizado para operacionalização da IP, surgindo então o Despacho Conjunto 891/99, de 19 de outubro mais tarde substituído pelo Decreto-Lei (DL) 281/2009, atual Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI) (Carvalho et al., 2016; Pinto et al., 2012; Serrano & Boavida, 2011).

Neste último DL, a IP é definida como “o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social”. Ainda segundo o referido DL, estas medidas destinam-se a crianças “(...) entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias.”

Esta legislação veio formalizar a nível nacional o apoio em IP enquanto apoio comunitário e de responsabilidade pública e integrando profissionais dos ministérios da saúde, educação e segurança social que trabalham de forma coordenada. No entanto, apesar de a lei estabelecer que este apoio deve incluir as famílias, não existem orientações específicas sobre a operacionalização da IP, nomeadamente sobre o nível de envolvimento que as famílias devem assumir e como deve ser feito o trabalho em equipa (Pinto et al., 2012; Serrano & Boavida, 2011), reportando-se grandes discrepâncias no funcionamento das diferentes equipas distribuídas pelo país (Carvalho et al., 2016; Sameroff & Fiese, 2000)

Felizmente, várias entidades, famílias e profissionais em Portugal trabalham no sentido de desenvolver investigação e promover sobre o que são as boas práticas em IP (Serrano & Boavida, 2011; Wilson & Dunst, 2005).

Em suma, grandes mudanças no paradigma da Intervenção Precoce em Portugal foram trazidas pela implementação do cito DL e pelo trabalho destas entidades, famílias e profissionais, como explícito no Quadro 1.

Quadro 1 Evolução da IP em Portugal (Carvalho et al., 2016; Serrano & Boavida, 2011)

	Antes	Atualmente
População-alvo	Crianças dos 0-3 anos com NE.	Crianças dos 0-6 anos com perturbações do desenvolvimento e/ou em risco de perturbação do desenvolvimento, e suas famílias.
Nível de envolvimento e papel da família	Família posta de parte, enquanto recetor passivo de serviços. Profissional enquanto perito e tomadores de decisão	Família enquanto participante ativo e decisor dos serviços mais apropriados para ela.
Contexto do apoio	Clínico	Contextos naturais
Colaboração entre os diferentes apoios	Multidisciplinar/Interdisciplinar. Serviços Fragmentados	Transdisciplinar. Serviços Integrados.
Objetivos	Desenvolvimento da criança	Prevenção Desenvolvimento da criança Empoderamento/capacitação das famílias

A população-alvo da IP em Portugal para além de abranger crianças com necessidades especiais começou a incluir crianças em risco, i.e., aquelas crianças e famílias com múltiplos fatores de risco ambiental, tais como, pobreza ou doença mental parental, no sentido de prevenir futuros atrasos de desenvolvimento (Carvalho et al., 2016; Serrano & Boavida, 2011).

O nível de envolvimento e papel da família evoluiu para uma abordagem centrada na família, operacionalizada através da introdução do PIAF (Plano Individualizado de Apoio à Família). Este, trata-se

de um documento desenvolvido pela família e profissionais, baseado nas prioridades, preocupações, necessidades e forças da família (Carvalho et al., 2016; Serrano & Boavida, 2011).

Os serviços coordenam-se consoante a perspetiva da família, sendo esta uma parte fundamental da equipa em todos os níveis do processo de intervenção, ao invés de um modelo médico de prescrição de serviços. Assim, a intervenção é individualizada, flexível e responsiva às necessidades de cada família (Carvalho et al., 2016; Serrano & Boavida, 2011; Serrano, Mas, & Cañadas, 2016).

Os contextos onde são prestados os apoios dependem das rotinas e atividades da criança e família, ou seja, pode incluir a casa da família, a creche/jardim-de-infância, centro de saúde ou qualquer local da comunidade (Carvalho et al., 2016; Serrano & Boavida, 2011; Serrano et al., 2016).

A colaboração entre os diferentes apoios progrediu de um modelo multidisciplinar em que os serviços se encontram fragmentados para um modelo transdisciplinar, em que profissionais de diversas disciplinas (saúde, educação e segurança social) trabalham em conjunto para responder às prioridades da família, existindo apenas um elemento dos profissionais que interage com a família e que é apoiado pela restante equipa na retaguarda – o gestor de caso. Este modelo é particularmente benéfico para famílias que necessitam de apoio mais complexo (Carvalho et al., 2016; Serrano & Boavida, 2011; Serrano et al., 2016).

Em síntese, os princípios orientadores para a prestação de serviços em IP de acordo com a legislação em Portugal assentam em quatro componentes fundamentais (Serrano et al., 2016): 1) A existência de um modelo de capacitação centrado na família orientador da prestação de serviços; 2) Intervenção inclusiva, nos contextos naturais de aprendizagem; 3) Coordenação de serviços; 4) Utilização de uma abordagem transdisciplinar.

No geral, foi necessário repensar um conjunto práticas nos profissionais, em que de decisores passaram a facilitadores e as intervenções diretas e fragmentadas com a criança deram lugar a intervenções indiretas e integradas, com a família. O foco destas intervenções é, não só maximizar o desenvolvimento da criança, mas principalmente promover a autonomia e capacitação da família (Carvalho et al., 2016; Serrano & Boavida, 2011).

Por obrigar a tantas mudanças na forma de atuação dos profissionais, este paradigma não foi nem é fácil de implementar, tanto nos profissionais como nas famílias (Espe-Sherwindt, 2008) pelo que ainda se verifica em Portugal a existência de entidades privadas, profissionais e famílias que optam por uma intervenção centrada na criança segundo o modelo médico.

1.2. Modelos de base das práticas recomendadas em IP

1.2.1. Modelo da Ecológico e Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 2005; Bronfenbrenner & Morris, 2006)

A teoria ecológica de Bronfenbrenner (2005), reconhece a influência, direta ou indireta, do ambiente no desenvolvimento humano. Segundo este modelo, o ambiente onde vive uma pessoa é constituído por sistemas funcionais dentro de outros sistemas mais abrangentes, que não compreendem apenas o indivíduo, mas também outros mais distais, como por exemplo a comunidade onde a pessoa vive e características culturais inerentes. Estes sistemas são, do menos abrangente para o mais abrangente (Garbarino & Abramowitz, 1992; Pereira, 2002):

1. **Microsistema:** O microsistema diz respeito ao contexto imediato onde a criança se desenvolve, incluindo as pessoas, objetos e acontecimentos que contactam e ocorrem diretamente com e para a criança (Garbarino & Abramowitz, 1992). A qualidade de um microsistema é definida pela sua capacidade de potenciar o desenvolvimento da criança, num contexto emocionalmente estável (Pereira, 2002);
2. **Mesosistema:** Diz respeito às relações que ocorrem entre os diferentes microsistemas onde a criança está inserida, nomeadamente escola e casa. A riqueza do mesosistema é pautado pela quantidade e qualidade das interações entre os microsistemas: num extremo podemos ter microsistemas com valores incompatíveis e desentendimentos, e no outro extremo, relações de concordância entre os microsistemas (Garbarino & Abramowitz, 1992; Pereira, 2002);
3. **Exosistema:** Neste sistema a criança não participa diretamente, mas é influenciada indiretamente pela afetação do mesosistema e do microsistema. Neste, inclui aspetos como o trabalho dos pais que afeta a disponibilidade que estes detêm para cuidar dos filhos, decisões externas à criança como o fecho de escolas na comunidade, entre outros (Garbarino & Abramowitz, 1992; Pereira, 2002);
4. **Macrosistema:** Neste sistema incluem-se a cultura, ideologia, religião da comunidade e instituições onde se insere a criança (Garbarino & Abramowitz, 1992; Pereira, 2002).

Para Bronfenbrenner (2005), as pessoas vivem circunstâncias diferenciadas e estão sujeitas a influências dos seus contextos também diferentes, sendo por isso importante a adoção de uma atitude holística, percebendo que o contexto molda as relações e que há vários fatores que afetam as crianças

e as famílias, sendo por isso necessárias múltiplas estratégias de intervenção (C. Almeida, 2013; Pereira & Serrano, 2010).

Posteriormente, o mesmo autor (Bronfenbrenner & Morris, 2006) surgiu com o modelo bioecológico do desenvolvimento que cita a “experiência” objetiva (inerente às características dos ambientes) mas também subjetiva (experiência sentida pela pessoa que vive num determinado ambiente), como um elemento que orienta o desenvolvimento humano. Assim é dado um especial relevo às interações família-criança e se os ambientes externos suportam essas interações, como se verifica nas seguintes premissas:

“Especialmente nos seus estádios iniciais, mas também ao longo da vida, o desenvolvimento humano desenrola-se através de processos de interação recíproca, cada vez mais complexos, entre um organismo humano ativo e em constante evolução biopsicológica e as pessoas, objetos e símbolos do seu contexto imediato. Para serem efetivas, as interações devem ocorrer de forma regular e por um longo período de tempo.

Essas interações no contexto imediato são referidas como processos proximais. Exemplos de processos proximais são alimentar ou confortar um bebé, brincar com uma criança, atividades entre crianças, brincar sozinho ou em grupo, leitura, aprender novas competências, atividades desportivas,”

(Bronfenbrenner & Morris, 2006)

Deste modo, as crianças ao receber este tipo de interações com as pessoas, objetos e símbolos do seu contexto imediato (referidos como processos proximais), criam competências, motivação e conhecimento para as reproduzir em outras situações (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

Então, consegue-se deduzir que há influências ambientais que têm maior efeito direto do que outras, sendo que os cuidadores naturais (processos proximais) são aqueles que exercem um maior efeito no desenvolvimento da criança.

A segunda premissa deste modelo (Bronfenbrenner & Morris, 2006) defende que:

“A forma, o poder, conteúdo e direção dos processos proximais que afetam o desenvolvimento variam sistematicamente consoante as características da pessoa em desenvolvimento, o ambiente – tanto proximal como distal – em

que os processos ocorrem, a natureza dos resultados tidos em consideração e as continuidades e mudanças sociais que ocorrem ao longo da vida e do período histórico em que a pessoa viveu." (Bronfenbrenner & Morris, 2006)

Desta depreende-se que o poder dos processos proximais é influenciado pelas características dos sistemas alargados (mesosistema, exosistema, macrosistema) que detêm de uma importância extrema para as características dos processos proximais e consequentemente do desenvolvimento da criança, nomeadamente a existência de políticas e práticas públicas que providenciam oportunidade, estatuto, recursos, encorajamento, exemplo e sobretudo, tempo para a parentalidade, primariamente pelos pais, mas também por outros adultos existentes no ambiente da criança, quer em casa quer fora de casa.

Assim, segundo este modelo para o desenvolvimento ocorra é necessário: a) A pessoa estar envolvida numa atividade regularmente e num longo período de tempo e com crescente complexidade; b) Os processos proximais devem ser bidirecionais, deve existir reciprocidade tanto da família como da criança; c) Para existir essa reciprocidade deve existir interações com pessoas, objetos e símbolos que convidem a criança a prestar atenção, explorar, manipular, criar e imaginar; d) As interações com as pessoas, objetos e símbolos devem ser cada vez mais complexas à medida que o desenvolvimento ocorre, assim como as pessoas com quem a criança estabelece interações devem assumir esse papel (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

Em suma, o modelo bioecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner afirma que o desenvolvimento ocorre através das interações recíprocas entre a criança e as pessoas, objetos e símbolos existentes no seu ambiente imediato (microssistemas). Estas interações devem ser de base regular e mais complexas ao longo do tempo, salvaguardando a importância de uma abordagem centrada na família pois é a família que detêm de oportunidades para a aprendizagem junto da criança em maior quantidade e regularidade (McWilliam, 2012).

Assim, o ambiente imediato é fundamental para que o desenvolvimento ocorra pois é nele que se encontram os recursos mais relevantes, no entanto, os contextos mais alargados determinam largamente a forma como esses recursos são utilizados.

Por fim, há um destaque para como o desenvolvimento não só depende das características dos diferentes sistemas, mas também das características individuais da criança.

1.2.2. Modelo Transacional de Sameroff & Chandler (Sameroff & Chandler, 1975)

O modelo transacional apoia-se no modelo ecológico de Bronfenbrenner para afirmar que o desenvolvimento não é uniforme nem linear e que é dependente da combinação das características do indivíduo e as experiências vividas nos diversos contextos (Sameroff & Fiese, 2000), não sendo uma característica isolada, quer da criança quer do ambiente, que influencia os resultados de desenvolvimento. Este modelo salienta a influência que a criança exerce sobre o meio bem como a criança é influenciada por este ao longo do tempo, como exemplificado na Figura 1.

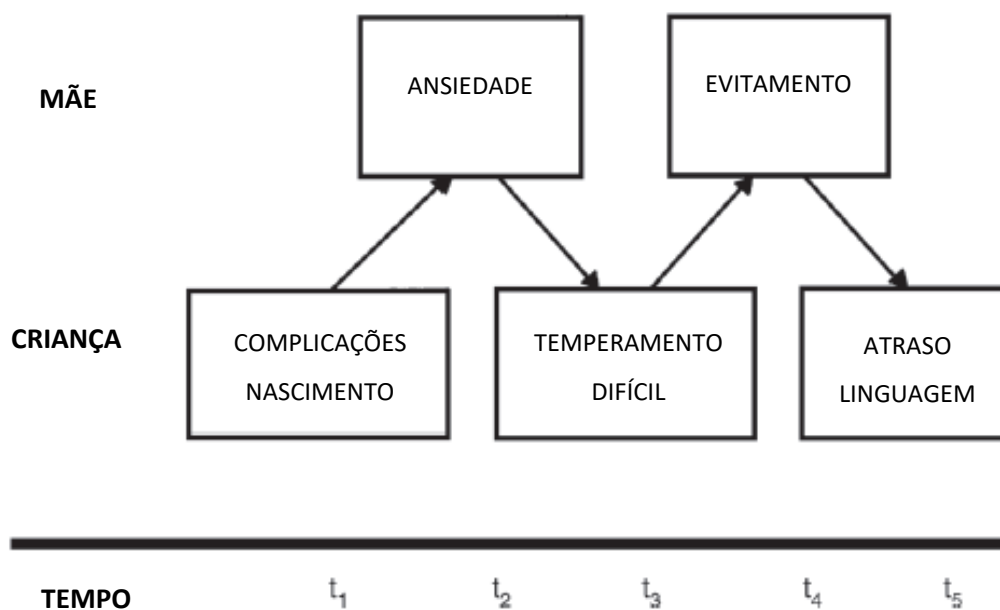


Figura 1 Exemplo de um processo transacional (Sameroff & Fiese, 2000)

Este modelo auxilia-nos na criação de objetivos e estratégias de intervenção de uma forma ecológica, ou seja, as intervenções podem centrar-se nas características da criança, mas também nas características do meio, no sentido de potenciar mais e melhores oportunidades de aprendizagem e para diminuir/anular a influência de variáveis negativas (Sameroff & Fiese, 2000)

Assim, sugerem-se em três tipos de intervenção:

- **Remediação:** intervenção nas características da criança;
- **Redefinição:** intervenção na forma como os pais percebem determinado comportamento da criança;
- **Reeducação:** intervenção ao nível dos comportamentos dos pais perante a criança.

Em suma, podemos referir que este modelo coloca igual importância na influência das características do meio e da criança para o desenvolvimento da mesma (Sameroff & Fiese, 2000).

1.2.3. A terceira geração de programas de IP - Modelo Integrado de Intervenção Precoce (Dunst, 1985, 2000)

A intervenção precoce foi definida por Dunst, Trivette & Jordy (1997, citado em Dunst, 2000) como a *“prestação de apoio e recursos às famílias de bebés e crianças pequenas por membros pertencentes às redes de apoio social formais e informais que tenham impacto quer direto ou indireto no funcionamento dos pais, família e criança”*. Os autores deram especial importância à mobilização de apoio informal (membros da família, vizinhos, amigos, igreja, etc) do que apenas e só a apoio formal (terapeutas, psicólogos, etc) para influenciar vários aspetos do funcionamento dos pais, família e criança.

Num estudo feito por Dunst (1985), com 137 famílias, demonstrou-se que o suporte fornecido era considerado mais benéfico quando os profissionais eram considerados pela família como membros da rede informal de apoios. Clarifica-se então a importância do apoio social, principalmente de membros da rede informal, para a informação, aconselhamento e orientação das famílias (Bronfenbrenner, 1979).

Segundo Dunst et al. (1988, citado em Pereira, 2009), pode definir-se o apoio social como:

A ajuda de carácter emocional, psicológico, associativo, informativo, instrumental ou material, prestada pelos membros das redes de apoio social, que influenciam, de forma positiva, a saúde e o bem-estar, promovem a adaptação aos acontecimentos da vida e o desenvolvimento do recetor de tal ajuda. (p.28)

De facto, a influência direta e indireta do apoio social e como este deve ser usado como forma de intervenção em IP, é descrita por um modelo de Dunst (1999, citado em Dunst, 2000) e Trivette e colaboradores (1996, citado em Dunst, 2000) que cita que o apoio e recursos sociais influenciam diretamente a saúde e o bem-estar de quem beneficia desse apoio, assim como esse apoio social e a saúde/bem-estar são variáveis que influenciam os estilos parentais e, por sua vez, tanto o apoio social, a saúde/bem-estar e os estilos parentais influenciam direta ou indiretamente o comportamento e desenvolvimento da criança (Figura 2) (Dunst, 2000). Para além disso, fatores intrafamiliares, tais como

estado socioeconómico, a forma como os pais lidam com os problemas e as características da criança têm influência em todas as variáveis anteriores.

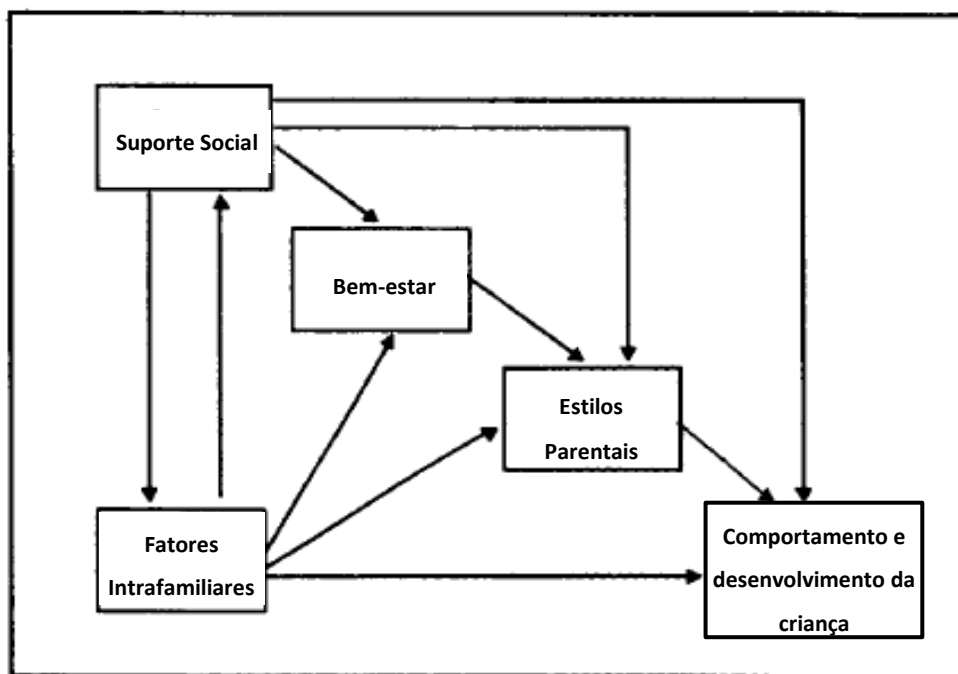


Figura 2 Modelo descritivo da influência direta e indireta do apoio social e dos fatores intrafamiliares na saúde e bem-estar da família, nos estilos parentais e no comportamento e desenvolvimento da criança (Dunst, 2000)

Deste modo, após várias investigações com o objetivo de operacionalizar a intervenção com foco nos sistemas sociais e variáveis ambientais, Dunst (2000) chegou com o modelo integrado de intervenção precoce (Figura 3), utilizado atualmente como estrutura para operacionalizar a IP (Pereira, 2009).

A IP conceptualizada neste modelo inclui: a) oportunidades de aprendizagem da criança, b) apoio aos pais, c) apoios e recursos da família/comunidade, prestados tendo por base as práticas centradas na família (PCF).

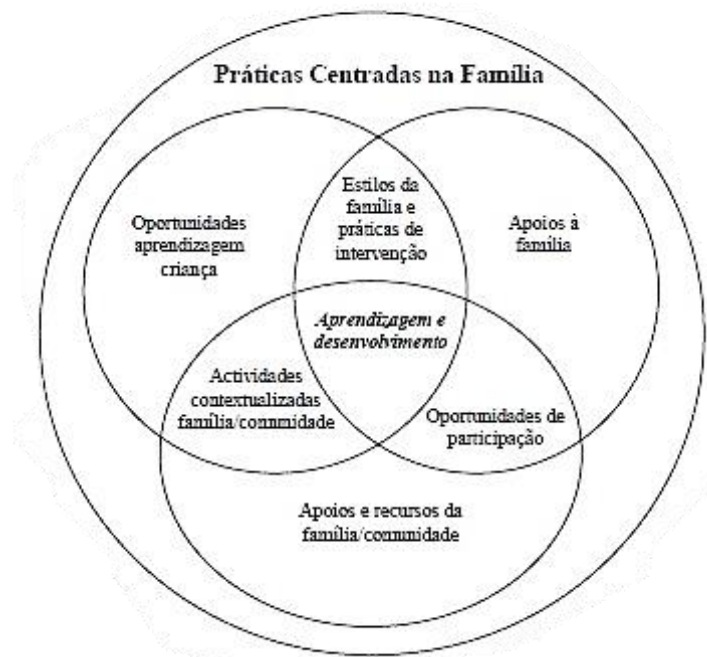


Figura 3 Principais componentes operacionais do modelo integrado de Intervenção Precoce (Dunst, 2000)

As *oportunidades de aprendizagem* da criança baseiam-se no interesse da mesma, encorajam a exploração e potenciam a aquisição de competências, resultando numa sensação de domínio da criança sobre as suas capacidades (Dunst, 2000). Este facto remete-nos para a importância de a aprendizagem ocorrer em contextos de atividades quotidianas e baseadas nos interesses da criança (Figura 4), pois segundo Raab & Dunst (2007 cited in McWilliam, 2012), a aprendizagem tem maiores probabilidades de ser maximizada se suscitar o interesse, envolvimento e a motivação de quem aprende, tanto mais se esta for adquirida em contextos de atividades funcionais e socialmente adaptativas que ocorrem no quotidiano (McWilliam, 2012).

Estas oportunidades surgem tanto na vida familiar como na vida na comunidade, ou nos espaços formais de aprendizagem (Carvalho et al., 2016).

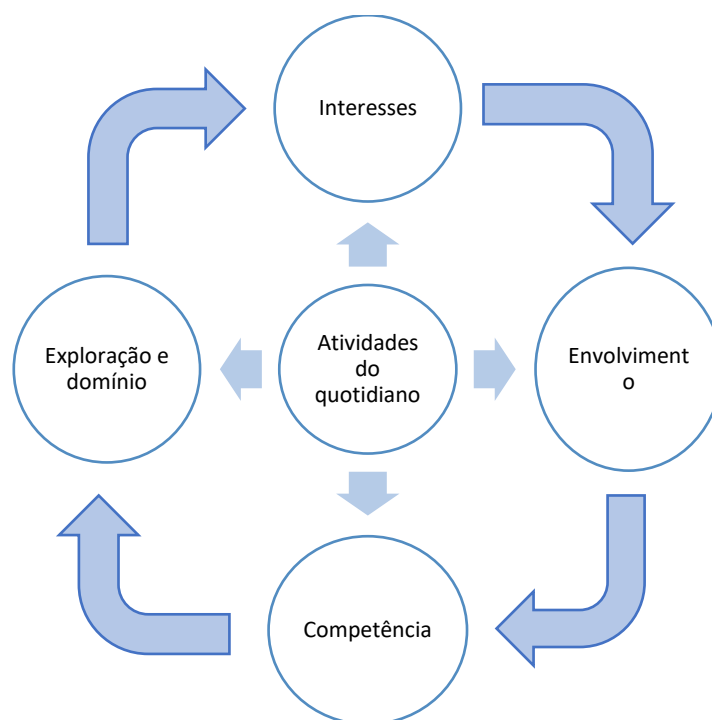


Figura 4 Contextos de atividades quotidianas como oportunidades de aprendizagem em meio natural baseadas nos interesses da criança e fomentadoras de competências (McWilliam, 2012).

O *apoio à família* constitui as atividades de partilha de informação, conselhos e orientações que tanto fortaleçam o conhecimento pré-existente dos pais, bem como promovem a aquisição de novas competências necessárias para cuidar da criança e proporcionar-lhe oportunidades de aprendizagem que potenciam o desenvolvimento da sua criança (Dunst, 2000).

O *apoio e recursos da família e da comunidade* foca-se na garantia que os pais dispõem de apoios e recursos necessários que lhes proporcionem o tempo e a energia física e psicológica que necessitam para se envolverem nas tarefas parentais e de prestação de cuidados à criança (Carvalho et al., 2016). Estes recursos incluem recursos intrafamiliares, informais (p.e. amigos), comunitários e formais (p.e. serviços) que os pais necessitam para deter tempo e energia para a parentalidade.

As *práticas centradas na família* é a abordagem e que está na base da atuação deste modelo, colocando a família no centro das decisões e ações que envolvam a criança, os pais e a família.

A provisão e a mobilização de oportunidades de aprendizagem, de apoio aos pais e de recursos familiares/comunitário fortalecem as competências já existentes e promovem a competência da criança, pais e família.

A interseção dos domínios faz surgir novos elementos relativos a práticas recomendadas, designadamente (Dunst, 2000).:

- *Estilos de famílias e práticas de intervenção:* pais que apoiam e encorajam as competências da criança, provavelmente providenciam mais oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento;
- *Oportunidades de participação:* a rede de apoio familiar e comunitária fornece apoio emocional e instrumental, promovendo novas oportunidades de aprendizagem e estilos de interação para os pais;
- *Atividades contextualizadas na família/comunidade:* atividades enquadradas nos contextos de vida familiar e na comunidade e que constituem oportunidades de aprendizagem naturais, como por exemplo ida ao parque, à missa, refeições.

Esta definição social e sistémica ressalva assim a importância da abordagem centrada na família em IP enquanto promotor do desenvolvimento e bem-estar de todos os membros da família, através de intervenções baseadas, essencialmente, na mobilização das redes sociais de apoio informal.

1.2.4. Modelo de Desenvolvimento Sistémico para a Intervenção Precoce de Guralnick (Guralnick, 2001, 2005)

Guralnick surgiu com o modelo de desenvolvimento sistémico (MDS) (Guralnick, 2001, 2005) com objetivo de estabelecer uma ponte entre a teoria e a prática, de uniformizar as práticas em IP e de criar um modelo que integre os princípios e conhecimentos de outros modelos/teorias/conhecimentos e que seja generalizável a todo o tipo de população e a todas as regiões. Este modelo é influenciado por outros modelos já existentes como o modelo bioecológico (Bronfenbrenner & Morris, 2006) e transacional (Sameroff & Fiese, 2000) e por outras abordagens da área da psicopatologia do desenvolvimento (Guralnick, 2017) e tem um contributo fundamental na definição de linhas orientadoras que têm dado maior consistência e eficácia às práticas de IP (Carvalho et al., 2016).

A Figura 5 ilustra os três principais níveis do MDS - Desenvolvimento da criança, Padrões de Interação Familiar e Recursos da família - e identifica algumas das principais inter-relações que ocorrem entre os vários componentes do sistema e os seus três níveis. Como vemos este modelo ilustra a

importância dos processos e experiências ambientais (fatores de proteção e de risco) para o desenvolvimento das competências cognitivas e sociais da criança (Carvalho et al., 2016).

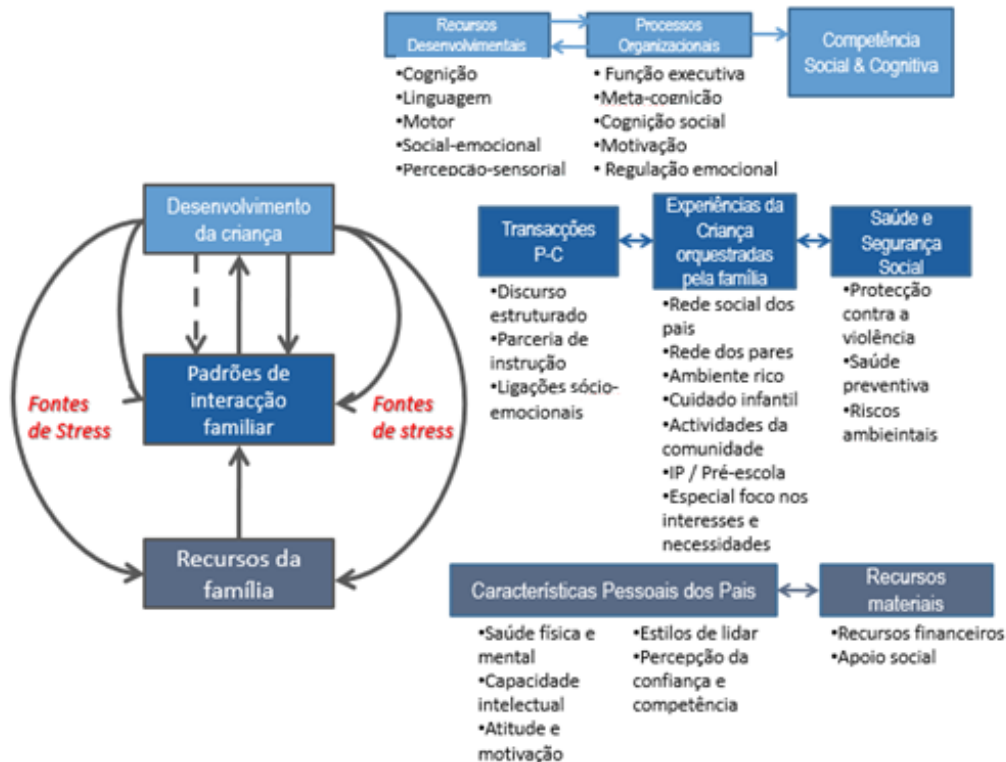


Figura 5 Modelo de Desenvolvimento Sistêmico (Guralnick, 2011)

O nível correspondente ao desenvolvimento da criança identifica os componentes que constituem os recursos desenvolvimentais e os processos organizacionais e de que forma a criança os utiliza para expandir as suas competências sociais e cognitivas (Guralnick, 2011, 2017). Este nível é influenciado por fatores genéticos, epigenéticos e biológicos, mas também por fatores relativos às experiências da criança com o meio, o que nos leva ao segundo nível – padrões de interação familiar (Guralnick, 2017). Este nível engloba diversos fatores como as interações pais-criança, as experiências proporcionadas pela família e a garantia de saúde e segurança (Guralnick, 2011, 2017). Para além disso o MDS reconhece a influência das características da criança nos padrões de interação familiar. Claramente, padrões de interação semelhantes podem ter diversos efeitos nas crianças com diferentes características (Guralnick, 2011). Todos os componentes identificados podem servir como fator de risco e proteção para o desenvolvimento da criança, sendo estes o maior foco da intervenção em IP (Guralnick, 2017).

Por fim, o MDS identifica os recursos da família como tendo influência direta nos padrões de interação familiar (Guralnick, 2011, 2017).

Uma característica essencial dos programas de IP é conduzir uma análise dos padrões de interação familiar e dos recursos da família que podem estar a ser perturbados pela existência de uma criança com necessidades especiais ou em risco. Assim, o stress criado pela existência de uma criança com necessidades especiais ou em risco pode provocar efeitos adversos nos padrões de interação familiar ao longo do tempo e, consequentemente, no desenvolvimento social e cognitivo da criança (Guralnick, 2011).

Além disso, o MDS também explica as circunstâncias em que os recursos familiares são insuficientes já antes da criança nascer, que podem influenciar adversamente os padrões de interação familiar e, consequentemente o desenvolvimento social e cognitivo da criança (Guralnick, 2011).

De facto, estas inter-relações e interações, entre os diferentes níveis e seus respetivos componentes pode gerar efeitos cumulativos que resultam em fatores de risco ou fatores de proteção ou que promover o desenvolvimento (Guralnick, 2017).

Em síntese, e segundo o MDS, conclui-se que a principal tarefa dos programas de intervenção precoce é (re)estabelecer os padrões de interação familiar a um nível tão ótimo quanto possível (Guralnick, 2011).

1.3. Abordagem centrada na família

O conhecimento da influência das diferentes variáveis ambientais e dos sistemas sociais na saúde e desenvolvimento das famílias e crianças, clarificou a importância das relações e experiências precoces com as pessoas, objetos e símbolos do contexto imediato, nomeadamente os pais pois são os que detêm de uma influência primordial no desenvolvimento da criança por possuírem maior quantidade e qualidade nas interações com a sua criança (Bronfenbrenner & Morris, 2006; Guralnick, 2001, 2005; Sameroff & Chandler, 1975).

Como referido no tópico anterior, Dunst (2000) sustentou a adoção das práticas centradas na família como ferramenta de intervenção recomendada na IP. As práticas centradas na família relevam não só o que deve ser feito, mas também como deve ser feito durante a prestação de apoio à família.

O conceito principal desta abordagem é o reconhecimento da família como o centro da intervenção e do seu papel primordial na vida das crianças. Wilson & Dunst (2005), definem as práticas centradas na família como intervenções que:

“Tratam a família com dignidade e respeito; são individualizadas, flexíveis e responsivas às preocupações e prioridades da família; incluem a partilha de informação para que a família possa tomar decisões informadas; respeitam as escolhas da família no que se refere a todos os aspetos do programa e às opções de intervenção; implementam a colaboração e parceria família-profissionais; e promovem as capacidades da família com vista a obter e mobilizar os recursos e apoios de que necessita para cuidar do seu filho de uma forma estimulante”.

Tendo em conta esta definição, são dez os princípios orientadores das práticas centradas na família listados por Carl J. Dunst (1997):

- 1) As famílias e os seus membros são em todas as circunstâncias tratados com dignidade e respeito;
- 2) Os profissionais são sensíveis e responsivos à diversidade cultural, étnica e socioeconómica das famílias;
- 3) O processo de tomada de decisão das famílias ocorre ao longo de todo o processo de intervenção;
- 4) Os profissionais partilham toda a informação que a família necessita para tomar decisões informadas, de forma imparcial;
- 5) O foco da intervenção assenta nos desejos, prioridades e preferências da família;
- 6) Os profissionais disponibilizam apoios, recursos e serviços de forma individualizada;
- 7) Para se atingir os objetivos delineados pela família, são usados recursos formais, informais e da comunidade;
- 8) Através dos pontos fortes, interesses, capacidades da criança e da família, os profissionais constroem as vias principais para o fortalecimento da família;
- 9) A relação profissional-família caracteriza-se por um processo de colaboração, confiança e respeito mútuos e na partilha do processo de resolução de problemas;

10) Os profissionais usam práticas de prestação de ajuda que apoiam e fortalecem o funcionamento familiar.

O objetivo principal das PCF centra-se na mobilização dos recursos formais e informais de forma a que as famílias tenham conhecimentos, capacidades, tempo e energia para promover o desenvolvimento da sua criança.

As práticas que operacionalizam as PCF podem caracterizar-se por dois tipos de práticas: relacionais e participativas (Dunst, 2016).

As práticas relacionais incluem aquelas competências tipicamente associadas à forma como os profissionais estabelecem relações com a família – escuta ativa, compaixão, empatia, respeito, honestidade – e com as crenças que os profissionais têm acerca das famílias, nomeadamente sobre as suas capacidades parentais. Os profissionais demonstram práticas relacionais não só quando interagem com a família de forma calorosa e cuidada, ouvindo ativamente e refletindo sobre o que os pais dizem e comunicando com clareza, mas também quando detêm de uma atitude positiva perante a família e quando utilizam práticas baseadas nas forças das famílias, respeitando e honrando as suas crenças, valores e cultura, bem como comunicando com e sobre a família de forma positiva, reconhecendo as competências da mesma para atingir os objetivos desejados (Dunst & Trivette, 2005a).

As práticas participativas incluem aquelas práticas que são individualizadas, flexíveis, que respondem às preocupações e prioridades das famílias e que promovem oportunidades para a mesma se envolver ativamente nas decisões. Estas práticas são utilizadas quando o profissional possibilita que a família faça escolhas, apoiando as suas decisões, ajudando a identificar as prioridades das famílias, a realizar decisões informadas e a avaliar soluções, nomeadamente aquelas que envolvam uma ampla gama de recursos, principalmente informais e comunitários (Dunst & Trivette, 2005a).

Embora os dois tipos de práticas estejam significativamente associados a resultados positivos, as práticas participativas são aquelas que mais contribuem para os mesmos (Dunst, Trivette, & Hamby, 2007). A aplicação destas práticas exige uma mudança de paradigma nos profissionais, que ao invés de se verem como os principais responsáveis por mudar a vida da família e da criança, apenas sejam responsáveis por capacitar a família para que sejam elas mesmas os agentes de mudança (Dunst, 2016).

Estas práticas profissionais figuram-se totalmente diferentes do paradigma tradicional, como explícito no Quadro 2, requerendo por parte do profissional uma reflexão constante sobre as práticas e complementarmente atualizações a nível pessoal e profissional.

Quadro 2 Características dos diferentes paradigmas de implementação da intervenção precoce (Dunst, 2016)

Paradigma de Desenvolvimento de Competências	Paradigma Tradicional
Modelo de Promoção: foco no desenvolvimento e melhoria da competência e do funcionamento familiar positivo.	Modelo de tratamento: foco na remediação de um problema ou disfunção e suas consequências.
Modelo de Capacitação: criar oportunidades para as pessoas para utilizar competências existentes, bem como desenvolver novas.	Modelo de especialista: depende do conhecimento do profissional para resolver os problemas das pessoas.
Modelo baseado nas forças: reconhece os pontos fortes das pessoas, ajudando-as a utilizá-los no sentido de fortalecer o seu funcionamento.	Modelo baseado nos défices: foco em corrigir as fraquezas e problemas das pessoas.
Modelo baseado nos recursos: as práticas ocorrem nas oportunidades da comunidade e experiências de vida.	Modelo baseado nos serviços: as práticas ocorrem através do fornecimento de serviços.
Modelo centrado na família: os profissionais trabalham com as famílias, sendo responsivos às suas preocupações e desejos.	Modelo centrado no profissional: os profissionais são experts e por isso determinam quais as necessidades das pessoas de forma isolada.

Porém, trabalhar com a família não indica que a intervenção seja centrada na mesma. Dunst, Johanson, Trivette, & Hamby (1991), descreveram quatro tipos de abordagens na intervenção com as famílias, explícitas no Quadro 3.

Quadro 3 Tipos de abordagens na intervenção com as famílias (Dunst et al., 1991)

Abordagens com as famílias	Descrição
Centrada no profissional	Os profissionais são vistos como “experts” e quem determinam as necessidades da criança e da família sem ter em conta a perspetiva da mesma. As famílias são vistas normalmente como sendo problemáticas, e a intervenção baseia-se nos seus défices, sendo que o papel do profissional é ajudá-las a funcionar de uma forma considerada mais correta.
Aliada à família	As famílias são vistas como agentes dos profissionais, sendo responsabilizadas para implementar intervenções que os profissionais consideram benéficas para a criança.
Focalizada na família	A família e os profissionais definem colaborativamente o que ela precisa para funcionar de forma mais saudável. São vistas de forma mais positiva, mas ainda assim com necessidade dos profissionais para aconselhamento e orientação. As famílias são encorajadas e procurar redes formais para solucionar os seus problemas.
Centrada na família	As famílias determinam todos os aspetos da intervenção e quais recursos utilizar. Os profissionais são o “instrumento” das famílias, e intervêm de uma forma que maximizam a tomada de decisão da família, as suas competências e capacidades. As intervenções são baseadas nas forças e competências das famílias, e o apoio dado pelo profissional foca-se principalmente no fortalecimento das competências da família no sentido de fortalecer redes formais e informais de apoio.

De notar que a abordagem centrada na família não depende do contexto de intervenção nem das atividades e deve tanto quanto possível ser realizada em todos os principais contextos de vida das crianças e famílias pois a vida familiar e na comunidade é rica de experiências de aprendizagem (Carvalho et. al, 2016).

Deste modo, um programa de intervenção precoce centrado na família deve (Hiebert-Murphy, Trute, & Wright, 2016):

1. Ser individualizado e corresponde às necessidades e prioridades das famílias;

2. Ser recetivo aos diversos modelos comunitários e culturais;
3. Ser baseado numa colaboração entre os profissionais e famílias;
4. Reconhecer os pontos fortes de todas as famílias;
5. Incluir as famílias no planeamento do processo de apoio;
6. Aumentar as competências de autoeficácia da família e empoderá-la no sentido que sejam elas a suprir as suas necessidades;
7. Aumentar a capacidade de as famílias procurarem por recursos;
8. Trabalhar com as famílias no sentido de mobilizar recursos formais e informais.

De facto, a evidência mostra que as famílias que receberam intervenções centradas na família demonstraram diferentes benefícios parentais e familiares, tais como: redução do stress parental (Dempsey, Keen, Pennell, O'Reilly, & Neilands, 2009), melhoria do estado de saúde (Kuhlthau et al., 2011), melhoria da quantidade e qualidade dos apoios sociais (Dunst et al., 2007; Fordham, Gibson, & Bowes, 2011), capacitação da família (Dunst & Trivette, 2005a; Fordham et al., 2011), funcionamento e comunicação familiar (Kuhlthau et al., 2011; McBroom & Enriquez, 2009), bem-estar dos pais/família (Dunst & Trivette, 2005a; Dunst et al., 2007), melhor perceção dos pais sobre o comportamento da criança (mais positivo) (Dunst, Trivette, & Hamby, 2006; Dunst et al., 2007), maior sentido de autoeficácia (Dunst & Trivette, 2005b; Dunst & Trivette, 2009; Dunst et al., 2006, 2007; Levine, 2013) e consequentemente melhor saúde mental da criança e dos pais (Dunst & Trivette, 2009; Dunst et al., 2007). Alguns estudos denotam ainda uma relação da utilização das práticas centradas na família com uma maior satisfação com o programa de intervenção (Dunst et al., 2006).

No entanto, apesar da evidência que suporta este tipo de abordagem na intervenção com as famílias, o processo de mudança das crenças e das práticas dos profissionais e instituições é complexo, principalmente daqueles que foram instruídos no modelo tradicional (Hiebert-Murphy et al., 2016). Na literatura, uma série de barreiras à implementação das PCF foram identificadas, tais como a adesão ao modelo médico de prestação de serviços (Dunst et al., 1991), falta de articulação/colaboração dos profissionais (Bruce et al., 2002; Pereira, 2009), rácio profissionais/famílias e excesso de burocracia (Campbell & Halbert, 2002; Dinnebeil, Hale, & Rule, 1996; Pereira, 2009) e falta de formação dos profissionais, pois estes normalmente optam por formações que focam no desenvolvimento de competências técnicas específicas e que incluem muito poucas aprendizagens sobre como lidar com as famílias (Bailey Jr, Aytch, Odom, Symons, & Wolery, 1999; Bruce et al., 2002; Bruder, 2000; Gallagher, Malone, Cleghorne, & Helms, 1997; Pereira, 2009). Além disso, os profissionais com formação e

competência para aplicar práticas centradas na família são muitas vezes limitados pela falta de apoio de colegas e seus superiores (Murray & Mandell, 2006).

Num estudo desenvolvido por Hiebert-Murphy, Trute, & Wright (2011) com uma amostra de famílias que integram um projeto comunitário de apoio à criança com necessidades especiais, procura-se perceber quais as percepções dos pais sobre os requisitos para que o programa seja eficaz. Os pais mencionaram como fundamentais características inerentes ao profissional (p.e. pessoa amigável, calorosa), características dos profissionais importantes para estabelecimento de relações (p.e. escutar ativamente, responder a telefonemas) e comportamentos que incentivem a inclusão da família, nomeadamente na tomada de decisão e na receção de informação clara. Adicionalmente, os autores afirmaram que para que estas práticas ocorram é necessária formação, inclusive para desenvolver competências interpessoais (Hiebert-Murphy et al., 2011, 2016).

No mesmo estudo, também foram identificados fatores das instituições que facilitam a operacionalização das PCF (Quadro 4), reconhecendo que as práticas não são utilizadas em pleno se não existir uma estrutura organizacional que suporte a integração dos princípios da abordagem centrada na família (Hiebert-Murphy et al., 2011, 2016).

Quadro 4 Fatores organizacionais que facilitam a operacionalização das PCF (Hiebert-Murphy et al., 2011, 2016)

Fatores organizacionais que facilitam a implementação de PCF
• Compromisso dos coordenadores (por exemplo, coordenadores de programas, supervisores) para as PCF; • Políticas que apoiam a implementação das PCF e que identificam os principais indicadores de que as práticas estão a ser implementadas (p.e. planos individualizados de apoio à família estão a ser desenvolvidos em conjunto com a família); • Políticas flexíveis que se adaptem às diferentes necessidades das famílias; • Possibilidade de receber <i>feedback</i> dos pais/família e destes contribuírem para o desenvolvimento das políticas institucionais; • Compromisso de recursos para formação e supervisão intra e inter organização para assegurar que o pessoal tem apoio no desenvolvimento de competências necessárias para aplicar as PCF; • Supervisores com competências e tempo para fornecer supervisão prática focada em assegurar que os trabalhadores do serviço de IP incorporem as práticas centradas na família na sua prática diária; • Plano para formação contínua nas PCF para novos profissionais que entrem no programa de IP; • Oportunidades de educação/formação para os pais/familiares que forneçam informações sobre o programa e orientação sobre os princípios das PCF;

- Colaborações entre os diferentes serviços para famílias
- Rácio de casos/profissional adequado de modo a que permitam aos profissionais estabelecer relações com as famílias e manter contato contínuo com estas;
- Uma rede de serviços de apoio com recursos adequados para ajudar as famílias.

Da mesma forma, o estudo de Bloch (2004) encontrou correlações significativas entre as políticas organizacionais e as atitudes dos terapeutas ocupacionais face às práticas centradas na família, revelando que quanto mais as organizações prezam essa abordagem, mais abertos à implementação das PCF estarão os terapeutas. Por outro lado, não foram encontrados neste estudo correlações das atitudes dos terapeutas ocupacionais face às PCF e o grau de educação (especializada e contínua).

1.4. Práticas recomendadas em Intervenção Precoce

Ao longo dos tópicos anteriores foram sendo descritas algumas práticas tendo em conta uma abordagem centrada na família quando se presta apoio com crianças dos 0 aos 6 anos. Neste tópico estudaremos aquilo que são as práticas recomendadas em IP e a sua operacionalização na prática de apoio às famílias.

1.4.1. Práticas Recomendadas em IP da *Division for Early Childhood* (Division for Early Childhood, 2014)

A *Division for Early Childhood* faz parte de um consórcio americano, o *Council for Exceptional Children*, e tem como missão promover políticas e práticas baseadas na evidência que suportem as famílias e estimulem o desenvolvimento de crianças pequenas com necessidades especiais ou em risco.

Foi em 1991 a primeira vez que DEC desenvolveu um documento onde constam as práticas recomendadas em intervenção precoce no sentido de fornecer orientações relativamente a novos conhecimentos do campo da intervenção precoce/educação especial. Atualmente, através da colaboração com o *Early Childhood Technical Assistance Center* (ECTA), as práticas foram revistas e atualizadas e em 2014 surge um novo documento das práticas recomendadas em IP pela DEC.

Estas práticas tem o propósito de criar uma ponte entre a investigação e a prática no sentido de orientar os profissionais e as famílias sobre as formas de intervenção que demonstraram melhores resultados para as crianças com necessidades especiais ou em risco, as suas famílias e profissionais (Division for Early Childhood, 2014).

Deste modo, as práticas recomendadas da DEC são divididas em oito categorias: a) Liderança; b) Avaliação; c) Contexto; d) Família; e) Instrução; f) Interação; g) Colaboração e trabalho de equipa e h) Transição, que serão aprofundadas nos tópicos seguintes.

1.4.1. *Workgroup on Principles and Practices in Natural Environments* (2008)

Numa tentativa de colmatar a discrepância entre a teoria das práticas centradas na família, o *Workgroup on Principles and Practices in Natural Environments* (2008) do *Office of Special Education Programs Technical Assistance Community of Practice*, estabeleceu sete princípios que, caso sejam postos em prática, resultam nas melhores práticas em prestar serviços em ambientes naturais e inclusivos (Johnston, Luscombe, & Fordham, 2016). Esses princípios conceptualizam a importância dos contextos naturais e da interação com pessoas familiares na aprendizagem e desenvolvimento da criança (Forster, 2016). De seguida listamos os sete princípios da intervenção precoce na infância de acordo com este grupo de trabalho:

1. As crianças aprendem melhor através das experiências diárias e da interação com familiares em contextos familiares;
2. Todas as famílias, com o apoio e recursos adequados, conseguem potenciar o desenvolvimento das suas crianças;
3. O papel principal do prestador de serviços na intervenção precoce é apoiar e trabalhar com a família;
4. O processo de intervenção precoce, desde os contactos iniciais até à transição, deve ser dinâmico e individualizado no sentido de refletir as preferências da criança e dos membros da família, estilos de aprendizagem e valores;
5. Os objetivos do plano individual de apoio familiar devem ser funcionais e baseado nas necessidades e prioridades da criança e da família;
6. A intervenção é mais apropriada quando é prestada por um profissional que representa e recebe apoio da equipa multidisciplinar;
7. Intervenções com as crianças e suas famílias devem ser baseadas em princípios explícitos, em práticas validadas, na melhor evidência científica e pelas leis e regulamentos.

1.4.2. *Guidelines* nacionais da *Early Childhood Intervention Australia* (Early Childhood Intervention Australia, 2016)

As *guidelines* para a prática da intervenção precoce na Austrália foram criadas no sentido de uniformizar as práticas entre os diversos estados e territórios do país, quer o apoio seja prestado por organismos públicos sem fins lucrativos ou privados.

Estas foram desenvolvidas através de uma extensa consultadoria de peritos da área e cruzada com a evidência científica disponível. Assim, foram identificadas quatro áreas que incluem, em cada área, duas práticas-chaves essenciais para uma prática de qualidade na intervenção precoce (Early Childhood Intervention Australia, 2016).

Assim, as quatro áreas e respetivas práticas são listadas nos tópicos seguintes.

1.4.2.1. Área 1: Família

- **Práticas centradas na família e nas forças:** As práticas centradas na família são uma forma de pensar e agir que garantem que os profissionais e as famílias trabalham em parceria e que a vida familiar, as prioridades e as escolhas da família conduzam o que acontece durante todo o processo de apoio. E ainda, as práticas centradas na família focam-se nos pontos fortes da família e ajudam-nas a desenvolver as suas próprias redes de recursos - tanto informais quanto formais.

Tendo em conta que a criança aprende nos seus contextos naturais e na interação com a família, um dos papéis fundamentais da IP é apoiar os pais/cuidadores e educadores para que possam oferecer às crianças experiências e oportunidades que promovam o uso e o desenvolvimento de suas competências.

As práticas baseadas nas forças conceptualizam que todas as famílias com o apoio e recursos necessários conseguem potenciar o desenvolvimento da sua criança, e que os profissionais em vez de se focarem em corrigir as fraquezas ou problemas das pessoas, reconhecem as suas competências e qualidades, ajudando-as a utilizar essas competências para fortalecer o funcionamento familiar (Early Childhood Intervention Australia, 2016).

- **Práticas que respeitam a cultura:** As práticas centradas na família exigem que os serviços tenham em consideração as expectativas socioculturais e socioeconômicas de cada família na promoção do desenvolvimento e participação da sua criança. É menos provável que as famílias participem ou permaneçam envolvidas com a prestação de apoio em IP quando seu histórico cultural é ignorado (Early Childhood Intervention Australia, 2016).

1.4.2.2. Área 2: Inclusão

- **Práticas inclusivas e participativas:** estas práticas reconhecem que todas as crianças, independentemente das suas necessidades, têm o direito de participar plenamente na vida familiar e comunitária e de ter as mesmas escolhas, oportunidades e experiências que as outras crianças. Todas as crianças precisam se sentir aceitas e ter um sentimento real de pertença. Crianças com necessidades especiais podem requerer apoio adicional para permitir que participem de forma significativa na vida das suas famílias, comunidade e outros contextos de primeira infância. Para que a inclusão seja bem-sucedida, as famílias, as escolas e os serviços comunitários devem receber apoio especializado para atender às suas necessidades e capacitá-los para ajudar as crianças a desenvolver as competências necessárias para participar de forma significativa em atividades quotidianas (Early Childhood Intervention Australia, 2016).
- **Envolver a criança em ambientes naturais:** promove a inclusão das crianças através da participação nas rotinas diárias, em casa, na comunidade e nos outros contextos de primeira infância (p.e. ama, creche, jardim-de-infância). Esses ambientes naturais de aprendizagem contêm muitas oportunidades para que todas as crianças se envolvam, participem, aprendam e pratiquem competências, fortalecendo assim o seu sentimento de pertença (Early Childhood Intervention Australia, 2016).

1.4.2.3. Área 3: Trabalho em equipa

- **Práticas de colaboração e trabalho em equipa:** quando a família e os profissionais trabalham juntos como uma equipa, comunicando e partilhando informações, conhecimentos e competências, com um membro da equipa indicado

como gestor de caso que é o principal profissional que trabalha com a família, coordenando a informação, serviços e suportes entre a restante equipa e a família (Early Childhood Intervention Australia, 2016).

- **Práticas que fomentem o desenvolvimento de competências:** engloba a capacitação da criança, da família, dos profissionais e da comunidade através do *coaching* e do trabalho colaborativo em equipa. O objetivo é desenvolver o conhecimento e competências das pessoas que passarão mais tempo com a criança, a fim de ter o maior impacto possível sobre a aprendizagem e o desenvolvimento da mesma. Para as famílias isso significa que o profissional de IP trabalha em parceria, reconhecendo o que as famílias já fazem de bem e progressivamente aumentando sua capacidade de ir de encontro às necessidades dos seus filhos e outros membros da família (Early Childhood Intervention Australia, 2016).

1.4.2.4. Área 4: Princípios Universais

- **Baseado em Evidência, Normas, Responsabilização e Prática:** Os serviços de IP englobam profissionais com conhecimentos e qualificações adequadas que utilizam estratégias de intervenção fundamentadas na evidência e fundamentação clínica sólida. As normas baseadas nestas práticas recomendadas em IP garantirão que os profissionais e serviços de IP sejam responsáveis pela melhoria contínua e pelos serviços de alta qualidade (Early Childhood Intervention Australia, 2016).

1.5. A Intervenção Precoce e a Terapia Ocupacional (TO)

A terapia ocupacional desempenha um papel fundamental na ajuda às crianças pequenas e com atrasos no seu desenvolvimento (Edwards, Millard, Praskac, & Wisniewski, 2003). Esta valência utiliza atividades com propósito para desenvolver ou remediar funções e competências para ajudar a criança e a família a desenvolver recursos para lidar com as exigências do meio. Essas atividades ocorrem muitas

vezes nos ambiente de aprendizagem naturais da criança para garantir uma melhor aprendizagem e desenvolvimento (Arbesman, Lieberman, & Berlanstein, 2013)

A importância de incluir os pais no processo de intervenção foi reconhecida pelos terapeutas ocupacionais há vários anos (Knickerbocker, 1965 citado em Humphry, 1989) e os tópicos seguintes demonstram como a literatura e modelos da Terapia Ocupacional podem ser integrados com os princípios da intervenção precoce. Por fim, é feito um resumo dos estudos que avaliam a utilização das práticas centradas na família por estes profissionais.

1.5.1 Modelo da Ocupação Humana (MOH)

Segundo o MOH (Kielhofner & Burke, 1980) são três subsistemas que fazem parte do sistema aberto: volição, habituação e desempenho. A volição envolve a motivação e as escolhas que as pessoas fazem para agir e inclui três componentes: o sentido de causalidade pessoal (percepção que as pessoas têm da sua eficácia), valores (aquilo que o indivíduo considera que vale a pena e deve fazer) e os interesses (aquilo que elas consideram satisfatório). A volição influencia a forma como as pessoas se comportam.

A habituação envolve a organização do comportamento que constituem grande parte da vida diária (rotinas). Esta é regulada pelos hábitos (permite que o desempenho nas várias atividades ocorra automaticamente) e pelos papéis (p.e. a criança pode assumir papel de filho, amigo, estudante, irmão e regulam o seu comportamento consoante o papel que assumem).

O desempenho diz respeito às competências (motoras, cognitivas, sensoriais, etc) que cada pessoa dispõe para executar as diferentes atividades diárias.

Para além disso, o MOH também menciona a influência do ambiente (quer físico, quer social) na participação do ser humano. Ora este pode proporcionar oportunidades e recursos para a participação nas ocupações como pode restringir e impor exigências sobre a pessoa.

Tratando-se de um sistema aberto, estes subsistemas influenciam-se uns aos outros continuamente (Schaaf & Mulrooney, 1989). Em jeito do exemplo, e no que se refere á atividade brincar, o subsistema do desempenho pode influenciar a volição (motivação) para o brincar na medida em que

a criança com pobres competências motoras pode preferir ver televisão do que brincar no parque pois prefere fazer atividades para as quais apresenta competências.

Por outro lado, a influência do subsistema da volição sobre o subsistema do desempenho é ilustrada pela maneira como motivação e os interesses influenciam o que uma pessoa escolhe fazer. Por exemplo, uma criança que tem interesse em brincar com novos amigos na rua pode motivar-se a aprender a andar de bicicleta, embora a família anteriormente não tenha sido capaz de lhe despertar esse interesse.

A influência do subsistema da habituação sobre o subsistema do desempenho ocorre na medida em que as rotinas diárias e os hábitos da família determinam o tempo que a criança tem para realizar determinada atividade. Por exemplo, numa família onde ambos os pais trabalham, pode não haver tempo para a criança desenvolver os hábitos de se vestir sozinho e comer sozinha (Schaaf & Mulrooney, 1989).

De acordo com o Modelo de Ocupação Humana, o ambiente afeta todos os subsistemas, porque aumenta ou limita a motivação, as competências ou a organização do sistema. A motivação para brincar, por exemplo, pode ser reprimida num espaço com brinquedos limitados ou inapropriados para o desenvolvimento. Tanto fatores humanos (por exemplo, familiares, professores, terapeutas, pares) quanto não-humanos (por exemplo, brinquedos, espaços de lazer, tempo para brincar) precisam ser considerados, porque influenciam significativamente a volição, a habituação e o desempenho (Schaaf & Mulrooney, 1989).

Por fim, este modelo enfatiza a importância do envolvimento das pessoas em ocupações de forma a manterem-se saudáveis, satisfeitas e satisfazer as suas necessidades.

Ou seja, já faz parte da formação de base dos terapeutas ocupacionais a avaliação da volição (interesses, valores da criança e sua família), da habituação (das rotinas da criança no seio familiar, escolar e de pares e dos rituais e hábitos característicos da família), das competências que suportam o desempenho das diferentes rotinas e papéis e, por fim, dos ambientes que possam influenciar a participação da criança e da família nas diferentes atividades, quer em casa, quer na comunidade.

1.5.2. Modelo Canadiano de Desempenho Ocupacional (MCDO)

O MCDO tem como principal objetivo potenciar o desempenho e envolvimento ocupacional dos clientes, tendo em conta as suas necessidades ocupacionais. As principais dimensões do modelo são a

pessoa, a ocupação e o ambiente sendo o desempenho ocupacional o resultado entre a interação e interdependência entre as três dimensões (Townsend & Polatajko, 2007). Ocupação é definido como uma atividade ou conjunto de atividades que é realizado com consistência e regularidade, que fornece estrutura, tem valor e significado para o indivíduo (Townsend & Polatajko, 2007). Este modelo centrado no cliente descreve as pessoas/grupos/famílias como seres ocupacionais, com necessidades ocupacionais individuais, interesses e metas, e tem como objetivo principal promover o envolvimento do cliente em ocupações significativas, pondo de parte o modelo focado nos défices e na restauração das funções.

Assim, com esta abordagem o trabalho dos terapeutas ocupacionais deixou de ser apenas a utilização de atividades descontextualizadas para restaurar a função, mas intervenções que apoiem o cliente na participação plena das ocupações que eles desejem ou precisem de desempenhar. Nesta perspectiva, o terapeuta ocupacional utiliza uma prática baseada na ocupação e centrada no cliente.

1.5.3. Princípios da Terapia Ocupacional vs Princípios da Intervenção Precoce

A Associação Americana de Terapia Ocupacional (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2014a) relaciona alguns princípios da Terapia Ocupacional com os princípios da Intervenção Precoce (Workgroup on Principles and Practices in Natural Environments, 2008) (Quadro 5), reforçando a ideia que a Terapia Ocupacional e a Intervenção Precoce são duas áreas que se conjugam.

Quadro 5 Relação entre Princípios da Terapia Ocupacional e da Intervenção Precoce (AOTA, 2014a)

Princípios da Terapia Ocupacional	Princípios-chave da Intervenção Precoce
(AOTA, 2014)	(Workgroup on Principles and Practices in Natural Environments, 2008)
Participação: Os serviços de terapia ocupacional apoiam a participação significativa da criança e da família em ocupações, tais como atividades da vida diária (AVD's), atividades da vida diária instrumentais (AVDI's), educação, trabalho, lazer, descanso e sono e participação social (American Occupational Therapy Association, 2014b)	<i>“Bebés e crianças aprendem melhor através de experiências cotidianas e interações com pessoas familiares em contextos familiares.” (Princípio 1)</i>

Ocupação: Ocupações são as atividades da vida diária em que as pessoas se envolvem. Ocupações são significativas e com propósito. Bebês e crianças envolvem-se em ocupações, incluindo autocuidados (por exemplo, comer, vestir-se), descanso e sono, brincar, participação social e educação. Co-ocupações são especialmente importantes para bebês e crianças e as suas famílias pois são ocupações ou atividades que são partilhadas entre crianças, membros da família, pares e outros adultos, implicitamente envolvendo dois ou mais indivíduos (AOTA, 2014b).

As oportunidades de aprendizagem devem ser funcionais, baseadas no interesse e prazer da criança e da família. (Baseado no princípio 1)

Centrado na Família: A abordagem das práticas centradas na família relaciona-se com a abordagem centrada no cliente da terapia ocupacional e ao valor que os profissionais de terapia ocupacional dão à colaboração com as famílias durante todo o processo terapêutico. Os profissionais de terapia ocupacional colaboram com a família e outros indivíduos que têm conhecimento da criança para identificar os pontos fortes e os seus desafios.

Os adultos consistentes na vida de uma criança têm a maior influência na sua aprendizagem e desenvolvimento - e não os profissionais de IP. (Baseado no princípio 2)

Ambiente Natural: Os profissionais de terapia ocupacional compreendem e analisam as diferentes variáveis dos contextos e ambientes e a sua influência na participação e desempenho.

“Bebês e crianças aprendem melhor através de experiências cotidianas e interações com pessoas familiares em contextos familiares.” (Princípio 1)

Rotinas e Rituais da Família: A publicação da AOTA, Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process, 3rd Edition (AOTA, 2014b) define rotinas como “padrões de comportamento observáveis, regulares e repetitivos, que estruturam a vida diária”. Os profissionais de terapia ocupacional promovem a participação de crianças e suas famílias em atividades diárias ou ocupações, como acordar, na hora de dormir, hora do banho e brincar. Quando existe uma área preocupante, o profissional de terapia ocupacional pode criar uma estratégia individualizada com base nas necessidades e prioridades específicas da criança e da família, a fim de promover uma participação bem-sucedida nas rotinas diárias. Os rituais acrescentam significado e propósito à vida e ajudam as famílias a construir relações fortes.

“O processo de intervenção precoce, desde o contato inicial até a transição, deve ser dinâmico e individualizado refletindo as preferências da criança e da família, estilos de aprendizagem e crenças culturais.” (Princípio 4)

Respeitar a cultura: os profissionais de terapia ocupacional reconhecem e apoiam o valor e a importância das práticas que respeitam a cultura das famílias. Profissionais de terapia ocupacional apoiam o envolvimento de crianças e famílias em ocupações culturalmente significativas e reconhecem que a cultura influencia a escolha das atividades nas quais um indivíduo se envolve.

A cultura, crenças e atividades espirituais, valores e tradições de cada família podem ser diferentes das do profissional. Estes devem

procurar entender, não julgar.
(Baseado no princípio 4)

Para além disso, um documento desenvolvido por Whipple (2014) que cruza os princípios da intervenção precoce com a literatura das diferentes áreas que atuam na intervenção precoce, permite reforçar a ideia de que a literatura da terapia ocupacional apoia os princípios-chave de intervenção precoce e reflete como os serviços de terapia ocupacional se alinham com as práticas recomendadas de intervenção precoce (Quadro 6).

Quadro 6 Relação entre a literatura da terapia ocupacional e os princípios-chave da intervenção precoce (Whipple, 2014)

Literatura da Terapia Ocupacional	Princípios-chave da Intervenção Precoce
	(Workgroup on Principles and Practices in Natural Environments, 2008)
• A terapia ocupacional trabalha com crianças, famílias e outras pessoas significativas para obter saúde, bem-estar e participação por meio do envolvimento ativo em ocupações, tais como atividades da vida diária (AVDs), atividades da vida diária instrumentais (AVDIs), educação, trabalho, brincar, lazer, sono e participação social. Facilita a participação da criança e da família em ocupações significativas que são desejadas e importantes nos contextos escolar, familiar e comunitário; • Compreender os ambientes e contextos nos quais as ocupações ocorrem, fornece aos profissionais uma percepção sobre a sua influência no envolvimento nas atividades; • As AVDs, o brincar sensorial e a participação social são as bases para a aprendizagem, que ocorre no contexto dos relacionamentos; • Os terapeutas ocupacionais são especializados para abordar a saúde mental e física em vários contextos. Na unidade de cuidados neonatais é oferecida ajuda para aumentar o crescimento e o desenvolvimento de bebês prematuros ou medicamente frágeis e desenvolver as competências da família para cuidar de seu filho. Terapeutas ocupacionais que trabalham em programas de intervenção precoce	1- As crianças aprendem melhor através das experiências diárias e da interação com familiares em contextos familiares.

em clínicas, residências ou na comunidade fornecem intervenções que incorporam oportunidades individuais de aprendizagem para crianças dentro das suas rotinas e atividades naturais e quotidianas. Em todos esses ambientes, os terapeutas ocupacionais colaboram com outras pessoas para apoiar a participação.

- Profissionais de terapia ocupacional fazem parceria com familiares e cuidadores para promover o desenvolvimento da criança, recomendando oportunidades de aprendizagem dentro das rotinas diárias da família. Conversas com a família ajudam os profissionais de terapia ocupacional a obter uma perspetiva de como a criança passa seu tempo; que atividades a criança quer ou precisa fazer; e como o ambiente em que a criança vive, brinca e frequenta a escola sustenta ou dificulta o envolvimento ocupacional.
- A intervenção em casa permite que os terapeutas ocupacionais detenham de uma perspetiva sobre os valores, rotinas e relacionamentos da família; consequentemente, o terapeuta pode sugerir atividades terapêuticas que se encaixam facilmente na rotina diária da família. Nos serviços domiciliares, os terapeutas ocupacionais fornecem as estratégias culturalmente relevantes que correspondem ao ambiente da criança e aos recursos da família. Eles se concentram na participação da criança em brincadeiras e atividades cotidianas, reconhecendo que as crianças podem facilmente generalizar habilidades quando aprendidas e praticadas em seu ambiente natural.

-
- Presume-se que a família seja constante na vida da criança e que esta possui competências intrínsecas que servem de base para o crescimento e desenvolvimento da criança. O apoio da família fortalece a capacidade de um cuidador ou pai de "comandar o seu próprio barco" e não se tornar dependente de profissionais para todas as tomadas de decisão;
 - A prática de terapia ocupacional centrada no cliente apoia a perspetiva de que as famílias conhecem melhor seus filhos, que os melhores resultados de desenvolvimento ocorrem dentro de um ambiente favorável à família e à comunidade e que cada família é única;
 - Os profissionais de terapia ocupacional usam práticas de ajuda centradas na família que fortalecem a família e melhoram a satisfação,
-

2 - Todas as famílias, com o apoio e recursos adequados, conseguem potenciar o desenvolvimento das suas crianças.

o comportamento dos pais, o bem-estar pessoal e familiar, o apoio social e o comportamento infantil.

- Somente crianças e famílias podem identificar as ocupações que dão sentido às suas vidas e selecionar as metas e prioridades que são importantes para elas. Ao valorizar e respeitar o contributo das crianças e das famílias, os profissionais ajudam a promover o seu envolvimento e podem orientar de forma mais eficiente as intervenções;
- A experiência do profissional de terapia ocupacional - e, mais importante, dos pais - surge através da relação família-profissional;
- O desenvolvimento de parcerias positivas com a família e outras pessoas é essencial, facilitando a partilha de conhecimentos do profissional e da família para encontrar, em conjunto, soluções e estratégias de resolução de problemas;
- Independentemente do contexto, colaborar com a família é essencial para entender e desenvolver confiança para uma colaboração contínua;
- Profissionais de terapia ocupacional podem utilizar o "uso terapêutico do eu" em todas as interações entre a equipa e família, treinando e orientando ao invés de dirigir e fazer;
- Os pais valorizam muito as orientações que facilitam suas competências para melhorar a comunicação, o brincar e o comportamento de seus filhos;
- Intervenções eficazes para bebés e crianças pequenas atendidas por programas de intervenção precoce incorporam a educação dos pais (por exemplo, desenvolvimento infantil, maneiras de melhorar a sensibilidade dos pais às necessidades de seus filhos e o incentivo à utilização de interações responsivas);
- Usando modelagem, *coaching* e feedback, as intervenções focadas nas relações podem melhorar a capacidade de resposta, a sensibilidade e a flexibilidade dos pais. Essas características, por sua vez, podem influenciar positivamente o desenvolvimento de uma criança, incluindo as competências socioemocionais. O envolvimento total dos pais parece importante para o sucesso dessas intervenções;
- Intervenções mediadas pelos pais podem ter um alto impacto, dada a constância e importância dos relacionamentos pais-filhos, quando a intervenção se focaliza na interação entre pais e filhos, considerando também as variáveis dos pais (por exemplo, competências, estilo e

3- O papel principal do prestador de serviços na intervenção precoce é apoiar e trabalhar com a família.

personalidade) e da criança (por exemplo, nível de desenvolvimento, responsividade sensorial, percepção e comportamentos).

-
- A intervenção de terapia ocupacional é projetada tendo em conta cada situação e visa melhorar a participação e o envolvimento ocupacional desejado e esperado da família e da criança por meio da implementação de estratégias e procedimentos direcionados à criança e/ou família, à atividade e ao meio ambiente;
 - Os terapeutas ocupacionais que trabalham em intervenção precoce usam um modelo centrado na família, no qual os membros da família são participantes ativos e decisores finais para apoios e serviços. Os pais relataram que aprendem melhor estratégias de intervenção quando estão ativamente envolvidos e têm oportunidades de testar estratégias na presença de um terapeuta;
 - As necessidades da criança podem ser o objetivo inicial para a intervenção, mas as preocupações e prioridades dos pais e da família alargada também são consideradas. Os terapeutas ocupacionais entendem e focalizam a intervenção para incluir as questões e preocupações que envolvem a complexa dinâmica entre a criança, o cuidador e a família. Em geral, os serviços devem ser flexíveis, focar nas relações, considerar todas as forças e limitações do desenvolvimento da criança e enfatizar as prioridades da família;
 - Os terapeutas ocupacionais, com sua abordagem holística, consideram a influência da cultura, dos valores, das crenças e da espiritualidade da família. Eles reconhecem e apoiam o valor e a importância das práticas sensíveis à diversidade cultural. Os profissionais de terapia ocupacional apoiam o envolvimento de uma família em ocupações culturalmente significativas e reconhecem que a cultura influencia a escolha das atividades;
 - Os terapeutas ocupacionais obtêm uma compreensão das relações entre aspetos do domínio (por exemplo, ocupações, fatores familiares e da criança, competências de desempenho, padrões de desempenho e contexto/ambiente) que afetam o desempenho e apoiam intervenções e resultados centrados no cliente;
-

4 - O processo de intervenção precoce, desde os contactos iniciais até à transição, deve ser dinâmico e individualizado no sentido de refletir as preferências da criança e dos membros da família, estilos de aprendizagem e valores.

-
- Os terapeutas ocupacionais promovem a participação de todas as crianças e suas famílias em atividades diárias ou ocupações. Quando há uma área particular de preocupação, o terapeuta ocupacional pode desenvolver uma estratégia individualizada com base nas necessidades específicas da criança e da família.
-

- Ao desenvolver um PIAF com uma família, os resultados refletem o que a família espera alcançar relativamente à participação da criança na vida doméstica e comunitária;
 - Os métodos do PIAF devem incluir o *coaching* aos pais em atividades familiares regulares, em vez de delinear exclusivamente as interações entre o terapeuta e a criança;
 - Ouvir e aprender com o que a família diz detém de um grande contributo na delineação de uma prestação de apoio eficaz;
 - Em vários momentos da prestação de serviços de terapia ocupacional, os terapeutas ocupacionais e a família discutirão e priorizarão os resultados, de modo que a avaliação e a intervenção do terapeuta sejam compatíveis com os resultados desejados pela criança e pela família.
-

5 - Os resultados esperados do plano individual de apoio à família (PIAF) devem ser funcionais e baseados nas necessidades e prioridades das crianças e famílias.

- A AOTA concorda com este princípio: “A intervenção é mais apropriada quando é prestada por um profissional que representa e recebe apoio da equipa multidisciplinar” e a melhor prática inclui “trazer [outros] serviços e apoios conforme necessário”. Além disso, a prática não deve resultar em “limitar os serviços e apoio que uma criança e família recebem”, que a intenção não é “fornecer todos os serviços e apoios através de apenas um profissional que trabalha de forma isolada dos outros membros da equipa”, e que ninguém deveria estar “fornecendo serviços fora do leque de conhecimentos ou além da sua habilitação”;
 - A terapia ocupacional é um serviço primário. Um terapeuta ocupacional pode ser o único prestador de serviços e também pode trabalhar como parte de uma equipa colaborativa que potencia a capacidade da família de cuidar da saúde e do desenvolvimento da criança dentro de rotinas diárias e ambientes naturais;
 - Os terapeutas ocupacionais devem receber consultoria e apoio da equipa para prestar serviços integrados.
-

6 - A intervenção é mais apropriada quando é prestada por um profissional que representa e recebe apoio da equipa multidisciplinar.

- A AOTA acredita que os terapeutas ocupacionais que trabalham em creches e jardins-de-infância devem ter um conhecimento prático dos
-

7 - Intervenções com as crianças e suas famílias devem ser baseadas em princípios

requisitos legais, a fim de garantir que as políticas do programa estejam em conformidade. Os profissionais de terapia ocupacional também devem estar familiarizados com o ato de prática de terapia ocupacional e as regras e regulamentos relacionados a fim de garantir que os serviços de terapia ocupacional sejam prestados de acordo com esses regulamentos;

- Os terapeutas ocupacionais aplicam a pesquisa baseada em evidências de maneira ética e apropriada ao processo de avaliação e intervenção. Durante todo o processo de intervenção, as informações da avaliação são integradas com evidências da literatura, julgamento profissional, valores do cliente, teoria, estrutura de referência e prática.
 - A terapia ocupacional é uma profissão orientada pela ciência que aplica a pesquisa mais atualizada à prestação de serviços. Intervenções são usadas como parte de uma abordagem ampla que considera as competências de desempenho (motor, processo, interação social); exigências da atividade; padrões de desempenho (hábitos, rotinas, rituais, papéis); e contextos/ambientes.
-

explícitos, em práticas validadas, na melhor evidência científica e pelas leis e regulamentos.

1.5.4. Utilização práticas recomendadas em IP pelos Terapeutas Ocupacionais – Estado da Arte

Dos estudos que avaliam a utilização das práticas recomendadas em IP em Portugal, nomeadamente as práticas centradas na família pelos diferentes grupos profissionais, uma parte inclui os terapeutas ocupacionais no grupo dos Terapeutas que abrange, não só, terapeutas ocupacionais, mas também terapeutas da fala e fisioterapeutas (Maia, 2012; Pereiro, 2000; Pimentel, 2005).

Estes estudos revelam que é precisamente este grupo aquele que utiliza as práticas centradas na família com menor frequência, comparativamente com outros grupos como psicólogos e técnicos de assistência social.

Deste modo, são poucos os estudos em Portugal que avaliam a utilização das práticas recomendadas em IP especificamente por terapeutas ocupacionais. No Quadro 7 exemplificamos os principais resultados de alguns estudos nacionais e internacionais encontrados sobre a avaliação das práticas recomendadas em IP pelos terapeutas ocupacionais.

Quadro 7 *Síntese dos estudos acerca da avaliação das práticas recomendadas em IP de terapeutas ocupacionais*

AUTORES	METODOLOGIA	PRINCIPAIS RESULTADOS
Fingerhut et al. (2013)	<u>Sujeitos:</u> 28 terapeutas ocupacionais que exercem em diversos contextos (domicílio, escola e clínica). <u>Método de recolha de dados:</u> entrevista.	Todos os terapeutas ocupacionais mencionam utilizar PCF, mas aqueles que exercem no domicílio da família são aqueles que utilizam mais e melhor as PCF, ao contrário dos que exercem funções nas escolas. Todos os participantes reconheceram a importância de utilizar as práticas centradas na família para alcançar os melhores resultados para a criança; no entanto, muitos reconhecem que não a utilizam as PCF na sua prática diária.
Ashburner, Rodger, Ziviani, and Jones (2014)	<u>Sujeitos:</u> 235 Terapeutas Ocupacionais que trabalham com pessoas com Perturbação do Espectro do Autismo. <u>Método de recolha e análise de dados:</u> Questionário analisado recorrendo a focus-group.	Os resultados indicaram que a maioria dos participantes se focam nos temas do processamento sensorial nas áreas de avaliação, intervenção, necessidades de conhecimento e formação. A formação mais frequente que estes profissionais detêm centra-se nas dificuldades do processamento sensorial, comparativamente com outras. Os profissionais reportam ainda que as famílias/cuidadores foram envolvidas no processo de avaliação e planeamento de objetivos, assim como a maioria dos participantes refere implementar com muita frequência práticas centradas na família.
Pereira (2009)	<u>Sujeitos:</u> 558 profissionais do SNIPi em Portugal (38 terapeutas ocupacionais). <u>Método de recolha de dados:</u> <i>Brass</i>	A ausência de formação específica na IP, bem como de supervisão das práticas dos profissionais, é destacada pelos terapeutas ocupacionais, notando-se «a inexistência de

	<i>Tacks</i> e questionário.	práticas/formação no currículo académico da formação inicial dos técnicos». O tipo de formação inicial influencia a frequência das práticas centradas na família, sendo os educadores e os psicólogos aqueles que tiveram melhores resultados. Os que tiveram resultados menores foram os médicos e os enfermeiros.
Raghavendra, Murchland, Bentley, Wake-Dyster, and Lyons (2007)	<u>Sujeitos:</u> 176 profissionais (26 terapeutas ocupacionais). <u>Método de recolha de dados:</u> <i>Measures of Process of Care for service providers (MPOC)</i>.	A equipa de apoio familiar e os psicólogos classificaram a prática “fornecer informações gerais” mais alto do que terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e terapeutas da fala.
Bruder and Dunst (2005)	<u>Objetivo do estudo:</u> Verificar o grau em que diferentes práticas de intervenção precoce são foco dos programas de graduação dos diferentes profissionais que trabalham na intervenção precoce. <u>Sujeitos:</u> 155 profissionais (64 terapeutas ocupacionais). <u>Método de recolha de dados:</u> Questionário de 30 itens solicitando aos participantes para indicar em que medida as diferentes práticas de intervenção precoce constituíram o foco dos seus cursos de formação inicial. Os itens da pesquisa englobam cinco áreas de conteúdo: práticas centradas na família, plano individual de apoio à família, intervenção em contextos naturais de aprendizagem, colaboração da equipa e coordenação de serviços.	No geral, o grupo de educação especial é o que teve mais aprendizagens mais sobre Práticas recomendadas em IP durante os seus cursos de formação inicial. O grupo dos terapeutas ocupacionais é o segundo grupo em que nos cursos de formação inicial foram abordados temas sobre PCF e intervenção em contextos naturais. No entanto, é dos grupos com menos conteúdo de aprendizagem na área dos planos individuais de apoio à família, colaboração de equipa e coordenação de serviços, nos cursos de formação inicial.

Bloch (2004)	<u>Sujeitos:</u> 120 terapeutas ocupacionais que trabalham com crianças. <u>Método de recolha de dados:</u> Professional Attitude Scale.	A análise mostrou que os terapeutas ocupacionais que trabalham com crianças em vários contextos demonstram atitudes favoráveis em relação às práticas centradas na família. Em relação á formação em PCF, verificou-se que 57% dos entrevistados relataram não ter nenhum módulo sobre o tema durante a sua formação em terapia ocupacional. O estudo ressaltou a importância do apoio das organizações onde os terapeutas trabalham para a eficácia da utilização das práticas centras na família.
Woodside, Rosenbaum, King, and King (2001)	<u>Sujeitos:</u> 324 profissionais (79 terapeutas ocupacionais). <u>Método de recolha de dados:</u> Measures of Process of Care for service providers (MPOC)	Terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e terapeutas da fala demonstraram melhores resultados na área “fornecer informação específica”. Terapeutas ocupacionais demonstraram resultados mais baixos na área “demonstrar sensibilidade interpessoal”.

CAPÍTULO II – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo apresentam-se as linhas metodológicas deste estudo, dando a conhecer o desenho do estudo, São apresentadas a opção metodológica, finalidade do estudo, objetivos, hipóteses e questões de investigação do estudo, caracterização das variáveis, da amostra e do instrumento de recolha de dados e a descrição dos procedimentos de recolha e tratamento de dados.

2.1. Desenho do Estudo

Um dos objetivos da investigação científica é explicar e compreender certos fenómenos. Um dos tipos de investigação mais utilizados na área da psicologia e educação é o correlacional cujos objetivos centram-se em relacionar variáveis, avaliar a sua interação e diferenciar grupos (L. S. Almeida & Freire, 2017).

As opções metodológicas deste estudo prenderam-se com o que melhor poderia responder às hipóteses e questões de investigação e com a possibilidade de aquisição de uma amostra alargada através do inquérito *online*. Desta forma, foi utilizado um desenho do tipo quantitativo, transversal, exploratório-descritivo e correlacional pois foi realizado um levantamento de dados quantitativos e qualitativos, através de um questionário, e de seguida procedeu-se à descrição dos fenómenos e à análise das interações entre diferentes variáveis, de forma a responder às hipóteses e questões de investigação propostas.

2.2. Finalidade do estudo

O presente estudo tem como finalidade descrever a utilização das práticas recomendadas em intervenção precoce pelos terapeutas ocupacionais em Portugal, incluindo aqueles que não possuem qualquer experiência no SNIPI. Para além disso, pretende-se descrever a informação que os TO detêm sobre as PCF e as suas perceções sobre a adaptação e eficácia do modelo transdisciplinar e barreiras que influenciam a adoção das práticas.

2.3. Objetivos da investigação

A pertinência deste estudo surge da necessidade de perceber de que forma os terapeutas ocupacionais, quer dentro, quer fora dos projetos de IP em Portugal conhecem e utilizam as recomendadas em IP e que fatores podem condicionar a adoção dessas práticas. Estudos semelhantes nesta área reportam-se a um conjunto de profissionais heterogéneo e restrito aos projetos de IP, não sendo possível perceber de que forma certas variáveis, nomeadamente a formação destes profissionais, bem como a experiência em ELI, podem influenciar a utilização, ou não, das práticas recomendadas em IP pelos profissionais desta área.

Assim, formularam-se os seguintes objetivos de investigação:

1. Traduzir e adaptar o instrumento *Family-Centered Practices Checklist* (Wilson & Dunst, 2002);
2. Caracterizar a nível sociodemográfico os terapeutas ocupacionais que trabalham com crianças dos 0 aos 6 anos de idade, principalmente no que respeita ao tipo de formação especializada e avançada dos TO e as respetivas entidades formadoras;
3. Identificar a frequência com que os terapeutas ocupacionais utilizam as práticas recomendadas em IP e perceber se existe correlação entre a utilização dos diferentes grupos de práticas;
4. Analisar de que modo as variáveis: formação, tempo de experiência, papéis de parentalidade e experiência em ELI influenciam a frequência da utilização das práticas recomendadas em IP;
5. Descrever o conhecimento dos terapeutas ocupacionais sobre as Práticas Centradas na Família e identificar em que situações ouviu/aprendeu sobre esse tema;
6. Descrever as perceções dos terapeutas ocupacionais com experiência no SNIPI sobre a adaptação ao modelo transdisciplinar e centrado na família e a eficácia do mesmo;
7. Identificar barreiras que os terapeutas ocupacionais consideram impeditivas para aplicação das práticas recomendadas em IP.

Com base na investigação realizada e nos objetivos formulados definiram-se as seguintes hipóteses de estudo:

H₁: O tempo experiência profissional influencia a utilização práticas recomendadas em IP;

H₂: Os papéis de parentalidade dos profissionais influenciam a utilização das práticas recomendadas em IP;

H₃: A experiência em ELI influencia a utilização das práticas recomendadas em IP;

H₄: A detenção de formações especializadas e contínuas influencia a utilização das práticas recomendadas em IP;

H₅: Existe correlação significativa entre a frequência de utilização das práticas relacionais, participativas e as outras componentes das práticas.

Por fim, no sentido de compreender e descrever de forma mais aprofundada alguns fenómenos em estudo, foram analisados os dados qualitativos, adquiridos através de perguntas de resposta aberta, de forma a responder às seguintes questões de investigação:

Q₁ – Qual o conhecimento que os terapeutas ocupacionais detêm sobre Práticas Centradas na Família e em que contextos foram mencionadas?

Q₂ – Como percebem os terapeutas ocupacionais das ELI a adesão à abordagem centrada na família e ao modelo transdisciplinar e a eficácia dos mesmos?

Q₃ – O que condiciona a adoção de práticas recomendadas em IP nos terapeutas ocupacionais das ELI e os dos outros contextos?

2.4. Variáveis do estudo

As variáveis e o seu respetivo papel surgem após a formulação das hipóteses e derivam de conceitos mais amplos, denominados construtos. Os construtos são entidades abstratas e as variáveis são os seus indicadores observáveis, ou seja, à partida uma variável é o resultado observável de um construto (L. S. Almeida & Freire, 2017).

As variáveis dependentes deste estudo podem considerar-se o conjunto de itens da *Family-Centered Practices Checklist* relacionados com a frequência de utilização das práticas centradas na família e o conjunto de itens relacionados com a frequência de utilização de outras componentes das práticas recomendadas em IP. Como variáveis independentes podemos incluir:

- **Fatores pessoais e profissionais dos respondentes:** sexo, idade, filhos, experiência em ELI, tempo de experiência profissional e zonas de atuação;

- **Fatores relacionados com formação dos respondentes:** formações especializadas e contínuas.

2.5. Caracterização da amostra

Na presente investigação a amostra é não-probabilística por conveniência, uma vez que foi disponibilizado o inquérito através de meios convenientes à investigadora, nomeadamente redes sociais e *e-mail*. É constituída por terapeutas ocupacionais que exerçam funções em Portugal Continental e Regiões Autónomas com crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos de idade e suas famílias, sendo apenas estes os critérios de inclusão da amostra.

O objetivo definido para a amostra era, no mínimo, três vezes o número de itens da *checklist*, portanto cerca de 51 respostas. Obtivemos respostas de 78 profissionais de diferentes distritos de Portugal, com maior participação dos distritos de Lisboa, Braga e Porto. Este número de inquiridos corresponde ao número de participantes que responderam ao questionário dentro do tempo estipulado.

2.6. Instrumento de recolha de dados

O questionário de recolha de dados foi elaborado sob orientação da orientadora responsável e é composto por cinco partes:

- *I Parte* Questionário sociodemográfico, educacional e profissional;
- *II Parte* Perceções dos terapeutas ocupacionais sobre as práticas centradas na família e o modelo transdisciplinar;
- *III Parte* *Checklist* de Práticas Centradas na Família (Wilson & Dunst, 2002);
- *IV Parte* Questionário de avaliação de outras componentes das práticas recomendadas em IP;
- *V Parte* Perceções dos terapeutas ocupacionais sobre as barreiras à adoção das práticas recomendadas em IP.

O questionário encontra-se na secção correspondente aos anexos denominado como anexo A.

I Parte- Questionário sociodemográfico, educacional e profissional

A primeira parte do questionário foi elaborada pelo investigador de forma a obter dados para caracterizar a amostra e outros relevantes que, segundo revisão da literatura, poderão influenciar as práticas centras na família. Estes dados incluem: sexo, idade, presença de filhos, experiência em ELI, tempo de experiência profissional com crianças dos 0 aos 6 anos, distritos de atuação, escola de formação inicial, formação especializada e respetiva escola de formação, formações contínuas no âmbito da IP.

II Parte- Perceções dos terapeutas ocupacionais sobre as práticas centradas na família e o modelo transdisciplinar

A segunda parte do questionário, também elaborada pelo investigador, é constituída por duas perguntas de resposta aberta em que se pede aos terapeutas ocupacionais das ELI reflitam sobre o processo de adaptação ao modelo transdisciplinar e à abordagem centrada na família, bem como sobre a eficácia do mesmo. Adicionalmente pede-se a todos os inquiridos que descrevam os seus conhecimentos sobre as Práticas Centradas na Família e em que contexto ouviram o termo pela primeira vez.

III Parte- *Family-Centered Helpgiving Practice Checklist* (Wilson & Dunst, 2002)

O instrumento utilizado nesta parte do questionário foi a *Family-Centered Helpgiving Practice Checklist*. Este foi desenvolvido por Linda L. Wilson e Carl J. Dunst (Wilson & Dunst, 2002) e é utilizada para determinar em que medida o profissional utiliza, no exercício da sua profissão com crianças e suas famílias, práticas de ajuda centradas na família, quer sejam elas práticas relacionais ou participativas (Wilson & Dunst, 2005).

Os itens da *checklist* estão organizados em dois tipos de práticas (relacionais e participativas), com dois grupos de itens para cada prática:

- Práticas relacionais:
 - Competências interpessoais (3 itens);

- Atitudes que valorizam os pontos fortes das famílias (4 itens);
- Práticas Participativas:
 - Escolhas e ação da família (5 itens);
 - Responsividade do profissional (5 itens).

Para cada item o profissional ou a pessoa que avalia deve refletir sobre as suas práticas e classificar cada item de acordo com a seguinte escala:

1 = Sim, a prática foi utilizada

2 = A prática foi parcialmente / utilizada por vezes

3 = Prática não utilizada / Oportunidade perdida

Para complementar a avaliação, pode ser acrescentado um exemplo de comportamento que justifique a avaliação dada.

IV Parte- Questionário de avaliação de outras componentes das práticas recomendadas em IP

A quarta parte do questionário foi elaborada pelo investigador, com base nas práticas recomendadas pela DEC (Division for Early Childhood, 2014), pela informação de outras fontes literárias (McWilliam, 2012) e adaptados de outras *checklists* da área (Early Childhood Technical Assistance Center, 2018) de forma a complementar a informação obtida na terceira parte do questionário. Os itens avaliados referem-se essencialmente à forma como é executada a avaliação e intervenção na criança nos contextos naturais.

É constituída por sete itens que devem ser avaliados numa escala de *likert* em que:

1 = Sempre

2 = Frequentemente, muitas vezes

3 = Ocasionalmente, poucas vezes

4 = Nunca

V Parte- Perceções dos terapeutas ocupacionais sobre as barreiras à adoção das práticas recomendadas em IP

A última parte do questionário também é constituída por uma pergunta de resposta aberta em que se pede aos inquiridos para refletirem sobre quais são as barreiras à adoção de práticas recomendadas em IP.

2.7. Procedimentos de recolha de dados

Antes da elaboração do questionário foi requisitada a autorização dos autores da *Checklist de Práticas Centradas na Família* (Wilson & Dunst, 2002) via e-mail, para tradução e utilização do instrumento de avaliação no presente estudo. Assim concedida a autorização e após a elaboração final do questionário no *Google Forms*, realizou-se um pré-teste a quatro profissionais que fazem parte da amostra do estudo. Desses profissionais, todos exercem a profissão em contexto privado, mas dois deles tiveram experiência em ELI durante estágios curriculares.

Foi pedido que preenchessem o questionário *online* e que anotassem aspetos considerados relevantes para melhorar a compreensão e adequação das perguntas.

Assim, consideraram-se as seguintes alterações: a) nos itens de resposta da *checklist*, achou-se pertinente alterar a frase “às vezes utilizada” para “utilizada por vezes”; b) na pergunta sete da *checklist* – “*Reconheço a competência da família para alcançar os seus objetivos*”- não estava perceptível a quem pertencia os objetivos pelo que se alterou “(...) os seus objetivos” para “(...) os objetivos por ela indicados”; c) na pergunta “*Exerce/Exerceu funções em Equipas Locais de Intervenção (ELI)?*” considerou-se pertinente acrescentar a opção “Outros” pois existem terapeutas que realizaram estágios curriculares nas ELI. O tempo médio referido de preenchimento foi de 20 minutos.

Por fim, foi enviado o *link* do questionário através das redes sociais e uma *mailing list* nacional de Terapeutas Ocupacionais entre fevereiro e abril de 2019. Por se ter obtido poucas respostas de terapeutas que exerçam em ELI, foi formalizado o acordo de cooperação entre o investigador e a subcomissão do SNIPI da região de Lisboa e Vale do Tejo, que se disponibilizou a divulgar o questionário pelas equipas inerentes àquela região.

Antes de preencher o questionário os participantes foram informados sobre a exclusividade dos dados para fins de investigação e foi garantido o anonimato dos inquiridos.

No final do tempo designado para a recolha de dados exportaram-se os dados do *Google Forms* para uma folha de Excel, e posteriormente para o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*.

2.8. Procedimentos de tratamento de dados

2.8.1. Análise de Dados Quantitativos

Após a introdução e codificação de todas as variáveis no programa SPSS procedeu-se à análise dos dados seguindo os modelos de estatística descritiva e inferencial.

A estatística descritiva permite descrever as características das variáveis (L. S. Almeida & Freire, 2017) recorrendo às medidas de frequências absolutas (n), relativas (%), valores extremos (mínimos e máximos), medidas de tendência central, tais como, média e mediana, e medidas de dispersão, como o desvio padrão e o coeficiente de variação (Pestana & Gageiro, 2003) ($CV \leq 15\% \Rightarrow$ fraca dispersão; $15\% < CV < 30\% \Rightarrow$ média dispersão; $30\% \Rightarrow$ forte dispersão).

A estatística inferencial, neste caso do tipo correlacional, permite relacionar as variáveis e analisar a sua interação (L. S. Almeida & Freire, 2017). Neste estudo utilizaram-se os seguintes testes:

1. Análise Fatorial Exploratória, para a adaptação da *Checklist de Práticas Centradas na Família* (Wilson & Dunst, 2002);
2. Teste *t Student* para comparação de amostras independentes;
3. A análise de variância univariada (*ANOVA*) para analisar a influência de mais do que uma variável independente em variáveis dependentes;
4. A *correlação de Pearson*, para analisar a relação entre os valores de duas variáveis quantitativas.

O nível de significância mínimo considerado foi de 0.05 ($p < 0.05$).

2.8.2. Análise de Dados Qualitativos

Para análise de dados qualitativos foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. Para Bardin (2011), a análise de conteúdo permite analisar as comunicações utilizando procedimentos com vista a descrição do conteúdo das mensagens. Após a pré-análise e leitura global dos dados, foram definidas categorias, utilizando como unidade de registo a frase. A definição de categorias ocorreu de forma indutiva, isto é, surgiram com os resultados e dedutiva, através de categorias definidas em outros estudos de investigação ou relacionadas com a literatura da área (Pereira, 2009). Numa posterior análise dos dados, foram verificados os dados incluídos em cada categoria e foram criadas subcategorias no sentido de especificar aspetos relevantes.

Numa terceira fase, solicitamos a um perito em IP a avaliação das categorias, subcategorias e dos dados incluídos em cada uma delas. Não foram verificadas discordâncias com as categorias pré-estabelecidas pelo investigador.

No entanto, nesta codificação aceitamos que uma unidade de registo pode estar relacionada com mais do que uma categoria, não cumprindo assim com a regra de exclusividade (Bardin, 2011), que menciona que uma unidade de registo não pode ser classificada em várias categorias.

Por fim, a regra de enumeração utilizada foi a análise de frequências absolutas e relativas. Assim, o método de análise destes dados cinge-se à estatística descritiva, pressupondo que quanto maior a sua frequência, maior a importância da unidade de registo (Matalon & Ghiglione, 1997).

2.9. Propriedades Psicométricas da *Checklist de Práticas Centradas na Família* (Wilson & Dunst, 2002)

A determinação das propriedades psicométricas do instrumento de recolha de dados foi realizada através de uma análise da fiabilidade da *checklist*. Para tal, foi analisada a consistência interna nomeadamente utilizando o método *Alpha de Cronbach* (α). Os valores do α variam entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo de 1 maior a fiabilidade da *checklist*: Muito Bom – se α superior a .90; Boa – se α entre .80 e .90; Razoável – se α entre .70 e .80; Fraca – se α entre .60 e .70; Inadmissível – se α inferior a 0.6 (Pestana & Gageiro, 2003).

O valor de α da ***checklist* total** é igual a 0.84, traduzindo-se numa fiabilidade boa e permitindo afirmar que as respostas dos participantes a cada um dos itens são coerentes (L. S. Almeida & Freire, 2017).

Na Tabela 1, observa-se o α -Cronbach da checklist com a eliminação de itens, verificando-se que a consistência interna não aumenta significativamente.

Tabela 1 Variações na consistência interna da checklist com a eliminação de itens

Item	Alfa de Cronbach se o item for excluído
1	,824
2	,830
3	,841
4	,826
5	,839
6	,821
7	,828
8	,826
9	,823
10	,819
11	,829
12	,825
13	,829
14	,840
15	,834
16	,839
17	,821

A validade avalia se a *checklist* tem a capacidade de avaliar ou de medir aquilo que se propõe a medir (L. S. Almeida & Freire, 2017). Para tal, procedeu-se à Análise Fatorial (AF) dos itens da *checklist*, de forma a explicar a correlação entre eles, reduzindo-os a Fatores e assim conhecermos a estrutura dimensional da *checklist*.

Tendo em conta que a análise fatorial obriga à existência de correlações entre os itens elevadas o suficiente (Marôco, 2003), procedeu-se à análise da adequabilidade do questionário em relação à análise fatorial. Para isso, utilizou-se o teste de *Bartlett's* para avaliar se a matriz de correlações é adequada,

considerando-se uma probabilidade menor ou igual a .05. Simultaneamente, utilizou-se o teste de *Kaiser Meyer Olkin* (KMO) para avaliar a adequação da amostragem, cujos valores estatísticos variam entre 0 e 1, em que quanto maior o resultado maior a recomendação relativamente à AF (Marôco, 2003). Da análise da Tabela 2, verificamos que o índice de KMO situou-se em 0.746 valor considerado médio no que se refere à recomendação face à AF, sendo o índice de esfericidade igualmente significativo ($p < 0.001$), concluindo que as variáveis estão correlacionadas significativamente.

Tabela 2 Análise da adequabilidade do instrumento em relação à Análise Fatorial

	KMO	Bartlett´s Test	Probabilidade
Total de itens	.746	498.635	.000

Seguidamente, procedeu-se à realização da AF seguida de uma rotação *varimax* de forma a identificar, através de inter-relações, Fatores ou dimensões que possam ter significado e analisar a importância de cada Fator no resultado final.

A análise fatorial para os itens da *checklist* identificou 5 Fatores, de acordo com a regra de Keiser (*eigenvalue* > 1), que explicam cerca de 64.92% da variância total.

Contudo, dado que os itens se encontram distribuídos de uma forma dispersa, de difícil enquadramento confirmatório, tendo em conta a teorização e investigação nas práticas centradas na família, realizou-se uma nova análise fatorial, optando-se pela solução de extração de 2 Fatores, de acordo com o modelo teórico subjacente da escala original. Os 2 Fatores pareceram ser aqueles que melhor se adequam ao constructo do questionário utilizado neste estudo.

A tabela 3 apresenta os 2 Fatores, os seus valores próprios, e a percentagem de variância explicada por cada um deles, bem como as saturações fatoriais dos 17 itens da *checklist* e a comunalidade atingida.

Tabela 3 Estrutura Fatorial após Rotação Varimax da Checklist

Itens da Checklist	Fatores	
	1	2
8- Trabalho em colaboração com a família de forma a identificar e abordar os desejos por ela identificados.	,757	,220
16- Ofereço ajuda de forma a responder e ir ao encontro dos interesses e prioridades da família.	,751	-,164
17- Ajudo a família a ter uma abordagem positiva e planeada para atingir os objetivos desejados.	,720	,274
10- Procuro e promovo de forma contínua a opinião da família, bem como a sua participação ativa no que se refere aos objetivos por ela identificados.	,593	,476
9- Encorajo e apoio a família para avaliar e tomar decisões sobre os recursos mais adequados para alcançar os seus objetivos.	,573	,455
15- Trabalho com a família de forma flexível e individualizada.	,611	,148
11- Encorajo e apoio a família a utilizar as suas potencialidades e capacidades como forma de alcançar os objetivos desejados.	,493	,410
12- Forneço oportunidades de participação à família para aprender e desenvolver novas competências.	,513	,408
14- Apoio e respeito as decisões da família.	,448	,026
13- Ajudo a família a considerar soluções que incluam uma ampla gama de recursos da família e da comunidade, para atingir os objetivos desejados.	,552	,416
2 - Interaço com a família de forma calorosa, cuidada e empática	-,046	,722
1- Comunico de forma clara e completa (sem omitir informação), com uma linguagem que se adequa ao estilo da família e ao seu nível de compreensão.	,093	,683
6 - Foco-me nos pontos fortes e valores da família e dos seus membros.	,318	,638
4 - Comunico com e sobre a família de forma positiva.	,143	,599
7- Reconheço a competência da família para alcançar os objetivos por ela indicados.	,097	,538
5 - Honro e respeito os valores e crenças pessoais da família.	,048	,235
Valores próprios ou específicos (<i>Eigenvalues</i>)	5.553	1.688
Variância Explicada (Total Acumulada: 42.59)	23.69	18.91

Assim, a estrutura fatorial da *checklist* explica 42.59% da variância total dos resultados, sendo os restantes justificados pelo acaso, ou por qualquer outra variável não contemplada ou não identificada neste estudo.

O *Fator 1* explica aproximadamente 23.69% da variância total da escala, e é saturado nos itens 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17. A este fator chamámos **Práticas Participativas**, pois contemplam os

itens relacionados com as práticas participativas categorizados inicialmente desta forma pelos autores da escala (Wilson & Dunst, 2005). A título de exemplo o item 8 tem a seguinte redação *“Trabalho em colaboração com a família de forma a identificar e abordar os desejos por ela identificados”* e o item 10 *“Procuro e promovo de forma contínua a opinião da família, bem como a sua participação ativa no que se refere aos objetivos por ela identificados”*.

O *Fator II* explica aproximadamente 18.91% da variância total do questionário, e é saturado nos itens 1, 2, 4, 5, 6, 7. A este fator chamámos **Práticas Relacionais** pois contemplam os itens relacionados com as práticas participativas categorizados inicialmente desta forma pelos autores da escala (Wilson & Dunst, 2002). Exemplificando novamente alguns itens da escala, nomeadamente o item 1 *“Comunico de forma clara e completa (sem omitir informação), com uma linguagem que se adequa ao estilo da família e ao seu nível de compreensão”* e o 2 *“Interajo com a família de forma calorosa, cuidada e empática”*.

Definidos os fatores a considerar na análise do instrumento, procedeu-se à análise da fiabilidade de cada fator. Para determinar a fiabilidade dos fatores, ou seja, a confiança e exatidão que podemos ter da informação obtida (L. S. Almeida & Freire, 2017) foi analisada a consistência interna através do método *Alpha de Cronbach (α)*.

Como visível na tabela 4, a consistência interna Fator I é boa ($\alpha = 0.9$) e do Fator II razoável ($\alpha = 0.7$), permitindo afirmar que as respostas dos participantes a cada um dos itens são coerentes (L. S. Almeida & Freire, 2017). O Fator I apresenta uma melhor consistência interna devido ao facto de este fator explicar a maior parte da variância dos dados (23.69%).

Tabela 4 Análise da consistência interna dos fatores

	Alfa de Cronbach	N de itens
Fator 1 – Práticas Participativas	.9	10
Fator 2 – Práticas Relacionais	.7	6

Tendo em vista uma análise mais discriminada dos resultados dos itens em cada um dos fatores da escala, nas Tabelas 5 e 6 descrevemos os valores da média e desvio-padrão, bem como o valor do *alpha* de *Cronbach* se o item dessa escala for eliminado. Conforme podemos constatar na Tabela 5, a média dos resultados do questionário item a item do fator “Práticas Participativas” situam-se entre 1.14 e 1.44 valores próximos da posição 1 e 2 (1 – Sim, a prática foi utilizada, 2 – A prática foi utilizada parcialmente/às vezes). Regista-se também uma fraca dispersão dos resultados pois em nenhum dos itens o desvio-padrão atinge a unidade. Finalmente, nenhum item se eliminado fez subir o coeficiente alfa do Fator I, pelo contrário.

Tabela 5 Características dos itens do Fator 1 - "Práticas Participativas" (n=78)

Itens	Média	DP	Alpha se item eliminado
16- Ofereço ajuda de forma a responder e ir ao encontro dos interesses e prioridades da família.	1,14	,386	,849
8- Trabalho em colaboração com a família de forma a identificar e abordar os desejos por ela identificados.	1,17	,408	,833
14- Apoio e respeito as decisões da família.	1,19	,428	,858
9- Encorajo e apoio a família para avaliar e tomar decisões sobre os recursos mais adequados para alcançar os seus objetivos.	1,23	,454	,838
11- Encorajo e apoio a família a utilizar as suas potencialidades e capacidades como forma de alcançar os objetivos desejados.	1,23	,454	,843
17- Ajudo a família a ter uma abordagem positiva e planeada para atingir os objetivos desejados.	1,26	,545	,833
15 - Trabalho com a família de forma flexível e individualizada.	1,27	,475	,847
10- Procuro e promovo de forma contínua a opinião da família, bem como a sua participação ativa no que se refere aos objetivos por ela identificados.	1,28	,532	,830
12- Forneço oportunidades de participação à família para aprender e desenvolver novas competências.	1,37	,605	,840
13- Ajudo a família a considerar soluções que incluam uma ampla gama de recursos da família e da comunidade, para atingir os objetivos desejados.	1,45	,617	,846

Analisando os resultados obtidos para cada item do Fator “Práticas Relacionais”, podemos constatar, conforme a Tabela 6, que as médias dos itens variam entre 1.05 e 1.40. As médias neste fator são semelhantes comparativamente com o fator anterior assim como a dispersão dos resultados também não atinge a unidade. Podemos acrescentar ainda que o *alpha* não aumenta se eliminado algum item, pelo contrário.

Tabela 6 Características dos itens do Fator 2 - "Práticas Relacionais" (n=78)

Itens	Média	DP	Alpha se item eliminado
5 - Honro e respeito os valores e crenças pessoais da família	1,05	,222	,699
2 - Interajo com a família de forma calorosa, cuidada e empática.	1,12	,322	,619
1- Comunico de forma clara e completa (sem omitir informação), com uma linguagem que se adequa ao estilo da família e ao seu nível de compreensão.	1,19	,397	,616
4 - Comunico com e sobre a família de forma positiva.	1,19	,397	,626
6 - Foco-me nos pontos fortes e valores da família e dos seus membros.	1,29	,459	,604
7- Reconheço a competência da família para alcançar os objetivos por ela indicados.	1,40	,493	,668

CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE E DOS DADOS

3.1. Caracterização da amostra do estudo

Participaram neste estudo 78 terapeutas ocupacionais que exercem funções em Portugal. Relativamente à idade dos sujeitos da amostra, pode-se verificar uma amplitude bastante significativa, em que a idade mínima é 22 anos e a máxima 62 anos. A média de idades é 33 anos e 71 dias, o desvio padrão 10.86 e a mediana 29 o que indica que 50% dos sujeitos possui idade inferior a 29 anos e os outros 50% possuem idade superior. O coeficiente de variação indica uma forte dispersão da variável idade (Tabela 7).

Tabela 7 Distribuição da amostra em função da variável Idade

	N	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Coeficiente de Variação (CV)
Idade	78	22	62	33.71	29	10.86	32.2%

A amostra é constituída por 97.4% pessoas do sexo feminino e 2.6% masculino, pelo que podemos verificar que o número de sujeitos do sexo feminino é significativamente maior, assim como o número de sujeitos que não têm filhos é bastante superior (74.4%) aos que tem (25.6%) (Tabela 8).

Tabela 8 Distribuição da amostra em função da variável Sexo e Presença de Filhos

		N	Porcentagem (%)
Sexo	Masculino	2	2.6%
	Feminino	76	97.4%
Tem filhos	Sim	20	25.6%
	Não	58	74.4%

No que se refere ao distrito onde os sujeitos exercem ou exerceram a sua atividade a Figura 6 apresenta a sua distribuição.

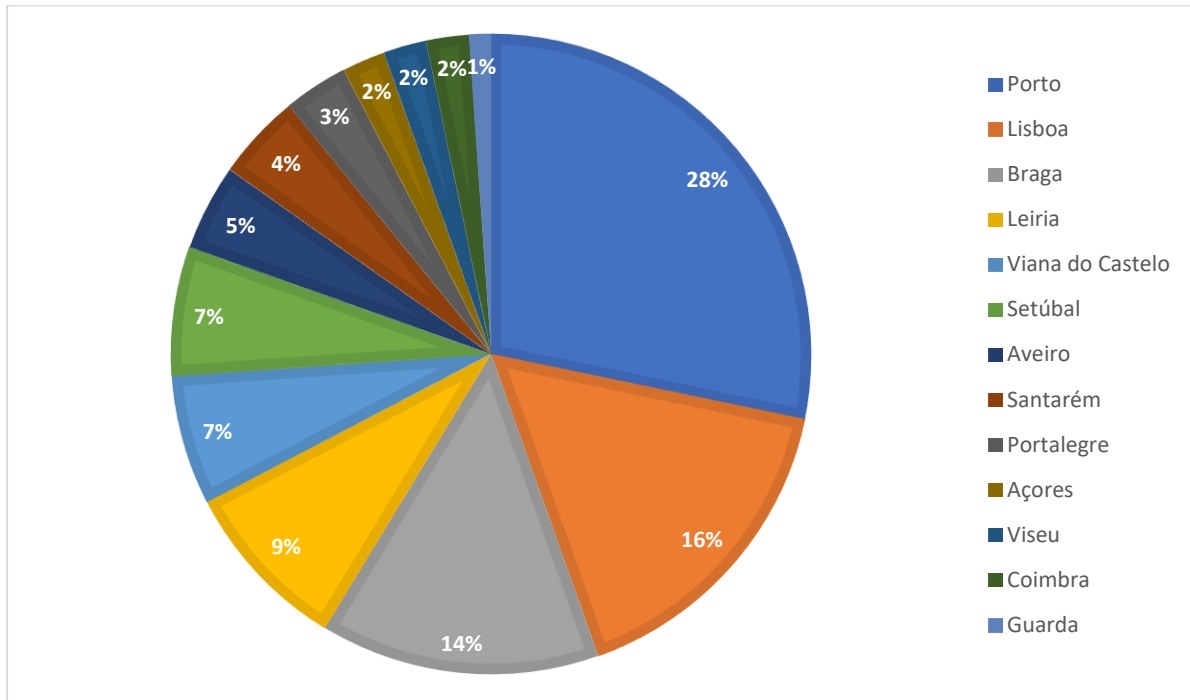


Figura 6 Distribuição da amostra em função da variável Distritos de Atuação (n=78)

Da análise da figura anterior podemos verificar que o distrito do Porto foi o distrito onde a maioria dos TO exercem ou exerceram funções (28%), seguido dos distritos de Lisboa (16%) e Braga (14%). Os distritos de Beja, Bragança, Castelo Branco, Évora, Faro, Região Autónoma da Madeira e Vila Real não apresentaram qualquer resposta. Os distritos de Guarda (1%), Coimbra (2%), Viseu (2%) e Região Autónoma dos Açores (2%) foram os distritos que apresentaram menor prevalência de respostas. O distrito de Leiria apresentou oito respostas o que corresponde a um total de 9% de resultado obtido.

No que se refere à variável Tempo de Experiência, optou-se por agrupar os dados em variáveis intervalares devido a uma forte dispersão dos dados. Assim, verifica-se que dos 78 sujeitos, 32 (41.0%) possuem entre 1 e 4 anos de experiência, 22 (28.2%) possuem mais de 10 anos de experiência e 20 (25.6%) situam-se entre os 5 e 9 anos de experiência. Apenas 4 sujeitos (5.1%) possuem menos de 1 ano de experiência (Tabela 9)

Tabela 9 Distribuição da amostra em função da variável Tempo de Experiência

	N	Percentagem (%)
Tempo de experiência	<1 ano	4
	1-4 anos	32
	5-9 anos	20
	≥ 10 anos	22
Total	78	100%

Pela análise da Figura 7 constata-se que a maioria dos inquiridos fez a sua formação inicial na Escola Superior de Saúde do Porto (52%) e na Escola Superior de Saúde de Alcoitão (28%).

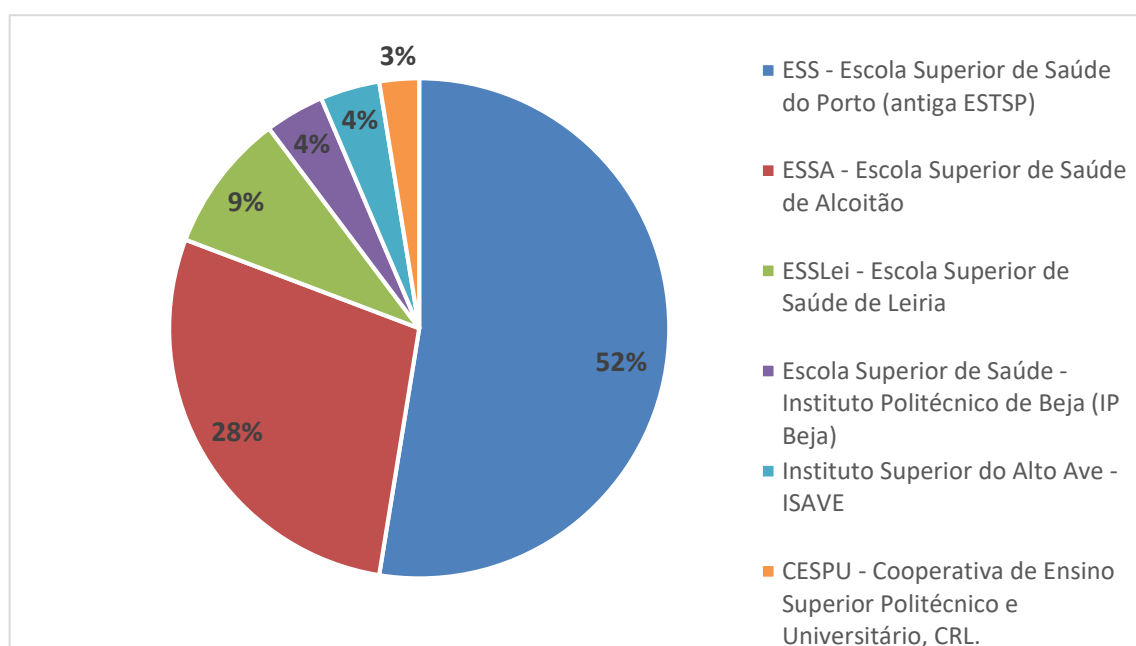


Figura 7 Distribuição da amostra em função da variável Escola de Formação Inicial (n=78)

A variável Experiência em ELI encontra-se distribuída na tabela 10. Verifica-se que 56.4% dos inquiridos nunca teve qualquer experiência em ELI, 26.9% exercem atualmente funções e 15.4% já tiveram experiência em ELI, quer seja por ter exercido funções no passado (9.0%), ou por terem frequentado a ELI em contexto de Estágio Curricular (6.4%).

Tabela 10 Distribuição da amostra em função da variável Experiência em ELI

		N	Percentagem (%)
Exerce/Exerceu funções em ELI	Nunca exerci	45	57.7%
	Exerço atualmente	21	26.9%
	Exerci no passado	7	9.0%
	Estágio Curricular	5	6.4%
Total		78	100%

No que se pode constatar na Tabela 11, verifica-se que 41 inquiridos (52.6%) possui formação especializada (Mestrado e/ou Pós-graduação), 31 (39.7%) não possuem e 4 (5.1%) encontram-se a frequentar. Foram identificados 2 casos omissos por informação desconhecida.

Tabela 11 Distribuição da amostra em função da variável Formação Especializada

		N	Percentagem (%)
Possui formação especializada	Sim	45	57.7%
	Não	31	39.7%
	Omissos	2	2.6%
Total		78	100%

Para avaliar o tipo de formação dos 45 sujeitos com formação especializada, optou-se por realizar uma análise de conteúdo devido à heterogeneidade dos dados. Foram identificadas 4 categorias de formação: Saúde, Educação Especial, Psicologia e Outras. De referir que alguns sujeitos apresentam mais do que um tipo de formação.

No que respeita à categoria **Saúde** verifica-se que o grau mais comum se centra no grau de pós-graduado, nomeadamente no tema de Integração Sensorial (20 referências), Neurodesenvolvimento (9 referências), Psicomotricidade (4 referências), Intervenção com crianças cegas e surdas (3 referências). Adicionalmente também se salienta o grau de Especialista em Prática Psicomotora (3 referências) (Tabela 12).

Tabela 12 Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Categoria Saúde da Variável Formação Especializada

Saúde		
Tipo de Formação	Frequência	Percentagem
Pós-graduação/Mestrado em Integração Sensorial	20	29.41
Pós-graduação em Neurodesenvolvimento	9	13.24
Pós-graduação em Psicomotricidade	4	5.88
Pós-graduação em intervenção com crianças cegas e surdas	3	4.41
Especialista em Prática Psicomotora	3	4.41
Pós-graduação em Terapia Ocupacional na Reabilitação da infância à adolescência	1	1.47
Mestrado em desenvolvimento da criança	1	1.47
Pós-graduação/Mestrado em Terapia Ocupacional	1	1.47
Total	42	61.76%

Na área **Educação** verifica-se que apenas 4 pessoas apresentam formação especializada em Intervenção Precoce e 1 doutoramento em Educação Especial (Tabela 13).

Tabela 13 Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Categoria Educação Especial da Variável Formação Especializada

Educação Especial		
Tipo de Formação	Frequência	Percentagem
Pós-graduação/Mestrado em Educação Especial – Área de Especialização em Intervenção Precoce	4	5.88

Doutoramento em Educação Especial	1	1.47
Total	5	7.35%

Relativamente à área **Psicologia** verifica-se uma maior frequência do Mestrado em Temas de Psicologia - Área de Especialização em Reabilitação Psicossocial (4 referências) (Tabela 14).

Tabela 14 Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Categoria Psicologia da Variável Formação Especializada

Psicologia		
Tipo de Formação	Frequência	Percentagem
Mestrado em Temas de Psicologia – Área de Especialização em Reabilitação Psicossocial	4	5.88
Pós-graduação em Neuropsicologia clínica	2	2.94
Pós-graduação em Psicologia para não psicólogos	1	1.47
Pós-graduação em Psicopatologia da criança e do adolescente	1	1.47
Pós-graduação em Neuropsicologia pediátrica	1	1.47
Total	9	13.23%

Na categoria **Outras** verifica-se uma grande afluência à pós-graduação em Terapia Assistida por Animais.

Tabela 15 Distribuição dos Sujeitos da Amostra em Função da Categoria Outras da Variável Formação Especializada

Outras		
Tipo de Formação	Frequência	Percentagem
Pós-graduação em Terapia Assistida por Animais	5	7.35
Pós-graduação/Mestrado em cuidados continuados e paliativos	2	2.94
Pós-graduação em Equitação com fins terapêuticos	1	1.47
Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo	1	1.47
Pós-graduação em qualidade e gestão	1	1.47
Pós-graduação em Estudos do Desenvolvimento – Ramo de Desenvolvimento Sustentável	1	1.47
Pós-graduação em terapias expressivas pela arte	1	1.47
Total	12	17.64%

Quanto ao(s) local(is) onde foi(ram) realizada(s) a(s) formação(ões) especializada(s) também se optou por realizar uma análise de conteúdo, em que foram distribuídas por categorias identificadas pelo estudo de Pereira (2009): 1- Universidades/Faculdades/Institutos; 2- Escolas Superiores de Educação; 3- Escolas Superiores de Saúde; 4- Outras entidades. No Quadro 8 pode consultar-se as entidades de formação que emergiram das respostas dos sujeitos.

Quadro 8 Entidades de formação especializada referidas pelos sujeitos da amostra com Formação Especializada

Universidades/ Faculdades/ Institutos	n	Escolas Superiores de Educação	n	Escolas Superiores de Saúde	n	Outras entidades Formadoras	n
CESPU- Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário	7	Lisboa	3	Alcoitão	7	Instituto CRIAP	7
Faculdade de Motricidade Humana (FMH-UL)	4					Centro de Paralisia Cerebral de Lisboa	3
Universidade Católica de Lisboa	4					Associação Europeia de Prática Psicomotora Bernard Aucouturier	3
Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto (FPCEUP)	3			Coimbra	6	Escola Nacional de Equitação	1
Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA)	3						
Universidade do Minho	1			Porto	3	Instituto Nacional para a Reabilitação	1
Universidade Lusíada	1						
Instituto Superior de Ciências Educativas (ISCE)	1					Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian	1
Instituto Politécnico de Bragança (IPB)	1			Leiria	1		

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE)	1	Portalegre	1			Centro de altos estudos do Porto	1
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC)	1						
Total	27	-	4	-	17	-	16

Relativamente à frequência de formações contínuas na área da Intervenção Precoce, apenas 24 dos 78 inquiridos (30.8%) frequentou formação contínua na área referida, através de cursos de formação e/ou seminários (Tabela 16).

Tabela 16 Distribuição dos Sujeitos da Amostra em função da variável Formação Contínua

		N	Percentagem (%)
Possui formação contínuas no âmbito da IP	Sim	24	30.8%
	Não	50	64.1%
	Omissos	4	5.1%
Total		78	100%

Os temas da formação mencionados estão descritos no Quadro 9.

Quadro 9 Distribuição dos Sujeitos da Amostra em função dos temas de formação contínua e respetivas entidades formadoras

Temas da formação	Referências	Entidades formadoras
Modelo baseado nas rotinas – EBR	4	Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP)
Plano individual de Intervenção Precoce - práticas recomendadas em IPI	4	ANIP
Portage	2	_____
Intervenção precoce na deficiência visual	2	ANIP

Curso Intensivo de Desenvolvimento (0-5 anos)	2	
Práticas de Intervenção Precoce Baseadas nas Rotinas: como promover a participação da família?	2	
O modelo transdisciplinar de avaliação arena	2	FPCEUP
Práticas Recomendadas Em Intervenção Precoce: Um Guia Para Profissionais	2	ANIP
Seminário "Improving Child and Family Outcomes through Home Visiting"	1	FPCEUP
Visita Domiciliária	1	ANIP
Intervenção Precoce	1	ESE SNR
SNIP - Questões Básicas em Intervenção Precoce na Infância	1	ANIP
Curso Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil II	1	
Avaliação em arena		_____
SNIP- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância: Princípios chave de intervenção	1	Departamento de Recursos Humanos do Instituto da Segurança Social Lisboa
Plano Individualizado de Apoio à Família	1	ANIP
IX Curso: A Avaliação da Criança em Intervenção Precoce	1	
Crescer (Portage)	1	
Congresso Nacional de Intervenção Precoce	1	
Comportamento/Temperamento da criança	1	_____
Babycourse	1	_____
Floortime	1	_____

Intervenção nas PEA's na Intervenção Precoce	1	_____
Terapia Ocupacional no Autismo	1	TO 2.0
Terapia Ocupacional na Intervenção Precoce	1	
Total		37

Concluída a análise de dados relativos à caracterização da amostra destacamos de seguida as principais características:

- A amostra dos inquiridos é constituída principalmente por sujeitos do género feminino, verificando-se apenas dois sujeitos do sexo masculino;
- Foi possível verificar que existe grande dispersão na variável idade ($CV > 30\%$);
- Os dados referentes ao tempo de experiência profissional indicam-nos que não existe grande discrepância no número de sujeitos que se inserem nos intervalos menores (<1 ano; 1-4 anos) e nos maiores (5-9 anos; ≥ 10 anos);
- A percentagem de sujeitos que nunca exerceram funções em ELI (57.7%) é semelhante àqueles que outrora apresentaram contacto com as mesmas (42.3%), quer seja por exercerem ou já haverem exercido profissionalmente (35.9%) ou através de estágios curriculares (6.4%);
- O número de sujeitos que possuem formação especializada é um pouco superior àqueles que não possuem;
- Relativamente à análise do distrito e escola de formação inicial, verifica-se que o distrito e escola com maior prevalência de respostas é o distrito do Porto e a Escola Superior de Saúde do Porto, devido ao facto da divulgação inicial do questionário ter sido em grupos referentes a alunos, docentes e ex-alunos do curso de Terapia Ocupacional dessa escola;
- 57.7% dos inquiridos possui formação especializada, destacando-se com maior prevalência a Pós-graduação/Mestrado em Integração Sensorial (20 referências), seguida da Pós-graduação em Neurodesenvolvimento (9 referências) e Terapia Assistida por Animais (5 referências). As pós-graduações e mestrados na área da Intervenção Precoce registam 4 referências;
- 30.8% dos inquiridos realizou formação contínua no âmbito da IP. As formações com maior número de referências foram “Modelo baseado nas rotinas – EBR” e “Plano Individual de Intervenção Precoce – Práticas recomendadas em IPI”.

3.2. Resultados do questionário

3.2.1. Estatística descritiva da *Checklist* de Práticas Centradas na Família (Wilson & Dunst, 2002)

Relativamente à análise dos diferentes itens do questionário, podemos constatar pela Tabela 17 que se verifica uma variância de médias entre 1.05 e 1.46 e que a média total é de 1.24 (1 - Sim, a prática foi sempre utilizada; 2 - a prática foi utilizada parcialmente/às vezes). **De notar que quanto maior a média, menor a utilização das práticas.**

Assim, verifica-se que os itens que detêm de uma média e desvio padrão mais altos (ou seja, as práticas menos utilizadas) são:

- **Q13** - Ajudo a família a considerar soluções que incluam uma ampla gama de recursos da família e da comunidade, para atingir os objetivos por ela desejados (1.45; 0.62);
- **Q7** - Reconheço a competência da família para alcançar os objetivos por ela indicados (1.40; 0.49);
- **Q12** - Forneço oportunidades de participação à família para aprender e desenvolver novas competências (1.37; 0.61).

Já aqueles que detêm de médias e desvios padrão mais baixos (ou seja, práticas mais utilizadas) são:

- **Q5** - Honro e respeito os valores e crenças pessoais da família (1.05; 0.22);
- **Q3** – Trato a família com dignidade e respeito, sem julgar (1,10; 0.04).
- **Q2** - Interajo com a família de forma calorosa, cuidada e empática (1.12; 0.32);
- **Q16** - Ofereço ajuda de forma a responder e ir ao encontro dos interesses e prioridades da família (1.14; 0.40).

Tabela 17 Estatística Descritiva dos Resultados da Checklist de Práticas Centradas na Família (quanto menor o valor da média, maior a utilização da prática)

Fatores e itens da Checklist	N	Média	Mediana	DP
“Práticas Participativas”				
Q13 - Ajudo a família a considerar soluções que incluam uma ampla gama de recursos da família e da comunidade, para atingir os objetivos desejados	78	1,45	1	.62
Q12 - Forneço oportunidades de participação à família para aprender e desenvolver novas competências.	78	1,37	1	.61
Q10 - Procuro e promovo de forma contínua a opinião da família, bem como a sua participação ativa no que se refere aos objetivos por ela identificados.	78	1,28	1	.53
Q15 - Trabalho com a família de forma flexível e individualizada.	78	1.27	1	.48
Q17 - Ajudo a família a ter uma abordagem positiva e planeada para atingir os objetivos desejados.	78	1.26	1	.55
Q9 - Encorajo e apoio a família para avaliar e tomar decisões sobre os recursos mais adequados para alcançar os seus objetivos.	78	1.23	1	.45
Q11 - Encorajo e apoio a família a utilizar as suas potencialidades e capacidades como forma de alcançar os objetivos desejados.	78	1.23	1	.45
Q14 - Apoio e respeito as decisões da família.	78	1.19	1	.43
Q8 - Trabalho em colaboração com a família de forma a identificar e abordar os desejos por ela identificados.	78	1.17	1	.41
Q16 - Ofereço ajuda de forma a responder e ir ao encontro dos interesses e prioridades da família.	78	1.14	1	.39
Q3 – Trato a família com dignidade e respeito, sem julgar.	78	1.10	1	.04
“Práticas Relacionais”	78	1.40	1	.49

Q7 - Reconheço a competência da família para alcançar os objetivos por ela indicados.

Q6 - Foco-me nos pontos fortes e valores da família e dos seus membros.

78	1.29	1	.46
----	------	---	-----

Q1 - Comunico de forma clara e completa (sem omitir informação), com uma linguagem que se adequa ao estilo da família e ao seu nível de compreensão.

78	1.19	1	.40
----	------	---	-----

Q4 - Comunico com e sobre a família de forma positiva.

78	1.19	1	.40
----	------	---	-----

Q2 - Interajo com a família de forma calorosa, cuidada e empática

78	1.12	1	.32
----	------	---	-----

Q5 - Honro e respeito os valores e crenças pessoais da família.

78	1.05	1	.22
----	------	---	-----

Total	78	1.24	1	.425
--------------	----	------	---	------

Pela análise da Tabela 18, verifica-se que as médias dos dois fatores são semelhantes entre si.

O fator com média ligeiramente maior (ou seja, as práticas com menos utilização) é o fator que inclui os itens das Práticas Participativas. No entanto, as diferenças são demasiado ténues para se poder comparar.

Tabela 18 Estatística descritiva dos Fatores

Fatores	N	Média	Mediana	DP
Fator 1 - “Práticas Participativas”	78	1.27	1	0.55
Fator 2 - “Práticas Relacionais”	78	1.21	1	0.38

3.2.2. Estatística descritiva da avaliação das outras componentes das práticas recomendadas em IP

Relativamente à análise dos diferentes itens que avaliam outras componentes das práticas recomendadas, podemos constatar pela Tabela 19 que se verifica uma variância de médias entre 1.32 e 2.06 (1= Sempre; 2= Frequentemente, muitas vezes; 3= Ocasionalmente; 4= Nunca).

Assim, verifica-se que os itens que detêm de uma média mais baixa (ou seja, as práticas que são utilizadas mais vezes) são:

- **4-** Encorajo a família a identificar e utilizar atividades da rotina e do interesse da criança como boas oportunidades de aprendizagem (1.32);
- **5-** Executo uma dada intervenção juntamente com a família, fornecendo, ao longo do tempo, feedback construtivo e positivo e sem julgar (1.49).

Por outro lado, aqueles que obtiveram classificações mais altas (i.e., práticas utilizadas com menos frequência) são:

- **6-** Peço uma constante autoavaliação à família sobre o seu desempenho e confiança na utilização da intervenção (2.06);
- **2-** Avalio de forma aprofundada as rotinas da criança no jardim-de-infância e identifico as mais preocupantes para a educadora/família (1.76);
- **1-** Avalio de forma aprofundada as rotinas da criança em casa e identifico aquelas que geram mais stress para a família (1.74).

Tabela 19 Estatística descritiva do questionário das Outras Componentes das práticas

Itens	N	Média	Mediana	DP	Mín.	Máx
1- Avalio de forma aprofundada as rotinas da criança EM CASA e identifico aquelas que geram mais stress para a família.	78	1,74	2	.78	1	4
2- Avalio de forma aprofundada as rotinas da criança no JARDIM-DE-INFÂNCIA e identifico as mais preocupantes para a educadora/família.	78	1,76	2	.72	1	4
3- Os meus objetivos são funcionais, mensuráveis e de acordo com os desejos da família, no sentido de diminuir o stress nas rotinas identificadas pela família /educador.	78	1,68	2	.67	1	4
4- Encorajo a família a identificar e utilizar atividades da rotina e do interesse da criança como boas oportunidades de aprendizagem.	78	1,32	1	.59	1	4

5- Executo uma dada intervenção juntamente com a família, fornecendo, ao longo do tempo, feedback construtivo e positivo e sem julgar.	78	1,49	1	.64	1	4
6- Peço uma constante auto-avaliação à família sobre o seu desempenho e confiança na utilização da intervenção.	78	2,06	2	.78	1	4
7- Trabalho com a família e outros adultos para modificar e adaptar o ambiente físico, social e temporal para promover o acesso e a participação da criança nas experiências de aprendizagem.	78	1,67	2	.68	1	3

3.3. Análise dos dados qualitativos (Questões de investigação)

3.3.1. Questão 1 - Qual o conhecimento que os T0 detêm sobre Práticas Centradas na Família e em que contextos foram mencionadas?

As categorias e subcategorias para a questão “em que contextos foram mencionadas as PCF?” surgiram de forma indutiva, tendo em conta as categorias emergentes (Quadro 10). Assim, 31 dos 66 inquiridos que responderam não referiram qualquer informação sobre os contextos é que ouviram falar sobre o termo de Práticas Centradas na Família ou a informação fornecida é imprecisa.

Dos restantes, a maioria referiu ter ouvido o termo na formação académica, nomeadamente nos cursos de Terapia Ocupacional (12 respostas), seguido daqueles que ouviram o termo em outras formações/seminários/congressos (9 respostas), que conheceram aquando experiência profissional em ELI (7 respostas) e outros em articulação/discussão com outros profissionais ou ELI (5 respostas). De notar que alguns destes sujeitos mencionaram mais do que um contexto.

Quadro 10 Distribuição dos sujeitos tendo em conta o contexto em que ouviram o termo de PCF pela primeira vez

Categoria	Subcategorias	Referências	% por subcategoria	% por categoria
Não responderam/ Informação imprecisa		31	43.06	43.06
Formação académica	Curso de formação inicial	12	16.67	22.23
	Cursos de formação especializada	1	1.39	
	Estágios curriculares em ELI	3	4.17	
Experiência profissional	Articulação/Discussão com outros profissionais ou ELI	5	6.94	16.66

	Experiência profissional em ELI	7	9.72	
Outras	Literatura	4	5.56	18.06
	Outras formações/congressos/seminários	9	12.5	
Total		72	≈ 100%	≈ 100%

Quanto à definição do conceito de PCF, as categorias surgiram de forma dedutiva e indutiva. As categorias escolhidas *à priori* foram as Práticas Relacionais e Práticas Participativas (Quadro 11). As restantes categorias surgiram *à posteriori*, sendo estas: Conceitos Gerais e Profissional enquanto “perito”. As respostas foram distribuídas por subcategorias que se inseriram nas categorias globais, tendo em conta as categorias emergentes e a literatura sobre as Práticas Centradas na família.

Assim, 26 referências descrevem como práticas baseadas nas necessidades/prioridades/interesses da família, 15 descrevem como práticas de integração da família ao longo de todo o processo de apoio, 8 mencionam as práticas de *empowerment*/capacitação da família e 7 referem a intervenção nas rotinas e contextos naturais da criança.

De notar que 12 sujeitos referem não conhecer o conceito de PCF e foram referenciadas 5 vezes afirmações que creem que o profissional detém de papel de “perito”.

Quadro 11 Distribuição dos sujeitos relativamente à definição de PCF

Categorias	Subcategorias	Referências	%por subcategoria	%por categoria
Não conhece o conceito de PCF		12	12.37	12.37
Práticas Relacionais	Baseadas nas necessidades/prioridades/interesses da família	26	26.8	36.07
	Respeitar e não censurar costumes/hábitos/rituais/limites das famílias	4	4.12	
	Baseadas nas forças da família	3	3.09	
	Relação com a família	2	2.06	
Práticas Participativas	Centrado nos recursos	2	2.06	32.99
	Empowerment/ Capacitação da família	8	8.25	

	Integração da família	15	15.46	
	Intervenção nas rotinas e contextos naturais	7	7.22	
Conceitos gerais	Papel da família	5	6.19	14.43
	Foco global da intervenção	3	3.09	
	Características funcionais das PCF	2	2.06	
	Influência do ambiente	3	3.09	
Profissional enquanto “perito”		5	6.19	6.19
Total		97	≈ 100%	≈ 100%

Na categoria das Práticas Relacionais encontramos quatro subcategorias, como visível no Quadro 11. De seguida, apresentámos algumas transcrições para cada subcategoria:

- Baseadas nas necessidades/prioridades/interesses da família: “a intervenção centra-se na família, nas suas necessidades”, “a intervenção tem como foco central as necessidades identificadas na família e em conjunto com a família” e “realizar a intervenção tendo em consideração os interesses e as necessidades quer das crianças quer das suas famílias”;
- Respeitar e não censurar costumes/hábitos/rituais/limites das famílias: “ouvir, respeitar, não censurar, compreender a família”; “ter um conceito de “normalidade” mais abrangente”, “ter atitudes de não julgamento e de respeito pelos valores da família” e “compreender e respeitar os costumes/hábitos/rituais das famílias”;
- Baseadas nas forças da família: “são práticas baseadas nas forças da família”; “entendo-a como uma prática/intervenção centrada nas potencialidades e forças das famílias”; “objetivos de intervenção centrados nas necessidades e potencialidades da família”;
- Relação com a família: “os técnicos deverão procurar construir relações de confiança” e “Ouvir a família”.

Na categoria das Práticas Participativas encontramos quatro sub-categorias. Alguns exemplos para cada subcategoria são:

- Centrado nos recursos: “são práticas baseadas nos recursos das famílias” e “entendo-a como uma prática/intervenção centrada nas necessidades, preocupações, potencialidades e forças das famílias tendo em conta os seus próprios recursos”;
- Empowerment/ Capacitação da família: “fazer o *empowerment* da família para lidar com as dificuldades da criança”, “dar *empowerment* à família para tomar decisões” e “capacitar a família e incluí-la em todo o processo de estimulação/adaptação”;
- Integração da família: “consiste na integração da família ao longo de todo o processo terapêutico”, “a nossa abordagem só faz sentido se a família for parte integrante e ativa da intervenção, definição de objetivos, estratégias” e “a família deve fazer parte da equipa de intervenção”;
- Intervenção nas rotinas e contextos naturais: “práticas que vão de encontro às rotinas e hábitos que a família já possui”, “tentar que a intervenção seja o mais possível integrada nas rotinas” e “intervenção sempre nas rotinas da família”;

Na categoria das Conceitos Gerais enquadrámos todos as outras definições mencionadas e que podem enquadrar-se tanto nas Práticas Relacionais como nas Práticas Participativas. Destacamos quatro subcategorias. De seguida, apresentámos algumas transcrições para cada subcategoria:

- Papel da família: “prática centrada na família pressupõe a família como interveniente fundamental”, “são as práticas que consideram a família fundamental na ajuda à criança” e “uma intervenção que tem por objetivo prioritário intervir com a criança partindo do pressuposto que a família é quem conhece melhor a criança”;
- Foco global da intervenção: “com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida e a sua rotina diária”, “tudo o que se pretenda fazer está centrado no bem-estar familiar” e “intervenção responda de forma eficaz e ajude todo o sistema familiar e em especial a criança e sua família próxima”;
- Características funcionais das PCF: “objetivos mensuráveis e realistas” e “intervenção articulada com os familiares”;

- Influência do ambiente: “importa perceber de que maneira o ambiente afeta a criança e a intervenção”, “a família está em constante relação com a criança e pode ser uma barreira ou um facilitador para o desenvolvimento das mesmas” e “ter em conta os seus próprios recursos, as diferentes interações familiares, as funções da família e o seu ciclo de vida”.

Por fim, consideramos a categoria Profissional enquanto “perito” na qual se incluem as citações que referem o profissional enquanto fornecedor de estratégias ou “educador” da família.

Alguns exemplos são: “práticas que dizem respeito à intervenção com base na educação terapêutica da família e as modificações de contexto da mesma, de modo a melhorar o desempenho da criança”, “fornecer estratégias para ajudar os cuidadores a lidarem melhor com as suas crianças” e “fornecimento de estratégias para aquisição dos objetivos” e “capacitar os pais para aplicarem as estratégias dadas”.

3.3.2. Questão 2 - Como percecionam os TO das ELI a adesão à abordagem centrada na família e ao modelo transdisciplinar e a eficácia dos mesmos?

Nem todas os inquiridos responderam ao que era pedido nesta questão, nomeadamente referindo apenas barreiras à adoção dos modelos. No entanto, analisando as respostas dadas, é possível verificar pelo Quadro 12 que a maioria das respostas (45.45%) refere que a adaptação ao modelo transdisciplinar e centrado na família é um processo difícil. Apenas 4 referências para uma adaptação “fácil”.

Outras características apontadas foram: “gradual”, “desafiante” e “enriquecedor”.

Quadro 12 Distribuição dos sujeitos relativamente às características do processo de adaptação ao modelo transdisciplinar e centrado na família

Características do processo de adaptação ao modelo transdisciplinar e centrado na família	Categorias	Referências	%
	Difícil	10	45.45
	Fácil	4	18.18
	Gradual	4	18.18
	Desafiante	2	9.09

	Enriquecedor	2	9.09
Total		22	≈ 100%

Relativamente à eficácia percebida por esses mesmos profissionais, as categorias surgiram *à posteriori* (Quadro 13). Verificaram-se que 68.19% das referências apontam para o modelo ser eficaz e/ou com resultados positivos para os profissionais e para as famílias. 27.29% das respostas mencionaram que os resultados são positivos em determinadas condições, nomeadamente colaboração e características cognitivas da família, coesão da equipa, gravidade da condição de saúde/desenvolvimento da criança e tendo em conta a idade da criança. 4.55% (1 sujeito) refere que o modelo é bem conceptualizado, mas longe do preconizado.

Quadro 13 Distribuição dos sujeitos relativamente à sua percepção da eficácia do modelo transdisciplinar e centrado na família

Categoria	Sub-categoria	Exemplos da argumentação dos participantes	Referências	%por subcategoria	% por categoria
Resultados positivos do modelo	Gerais	Modelo eficaz	9	40.91	68.19
	Resultados positivos para os profissionais	Técnicos aumentam seu conhecimento e práticas de ajuda	2	9.09	
		Articulação com equipa	2	9.09	
	Resultados positivos para a família	Não sobrecarga da família	1	4.55	
		Famílias/educadores mais envolvidos	1	4.55	
Resultados positivos mediante determinadas condições	Relacionadas com a família	Melhorias quando famílias e/ou educadores colaboram	2	9.09	27.29
		Melhorias em casos de famílias sem limitações cognitivas	1	4.55	
	Relacionadas com a equipa	Eficaz se equipa coesa e positiva	1	4.55	
	Relacionadas com as características da criança	Modelo eficaz, mas com adaptações para casos graves	1	4.55	
		Crianças a partir dos 3 anos necessitam complemento do modelo clínico	1	4.55	
Outros		Modelo bem conceptualizado, mas longe do preconizado	1	4.55	4.55
Total			22	≈ 100%	≈ 100%

Na categoria Resultados Positivos do Modelo encontramos três subcategorias, como visível no Quadro 13. De seguida, apresentámos algumas transcrições para cada subcategoria:

- Gerais: “naquela instituição o modelo transdisciplinar funcionava bastante bem e daquilo que percebi era eficaz, tendo todos os elementos um papel bastante ativo”; “considero um modelo eficaz”.
- Resultados positivos para os profissionais: “Foi um processo desafiante, mas muito enriquecedor em termos profissionais pela abrangência de conhecimentos a que fui exposta”; “os técnicos aumentam o seu conhecimento e consequentemente a sua competência na ajuda às crianças e suas famílias”; “Nas facilidades considero a rápida articulação que existe entre os vários intervenientes”;
- Resultados positivos para a família: “e a não sobrecarga da criança e família com profissionais”; “Quando é conseguido, tanto com pais como com educadores, temos todos mais envolvidos e os resultados são melhores, sem dúvida”

Na categoria Resultados positivos mediante determinadas condições foram agrupadas as unidades que referem que o modelo é eficaz quando adaptado às diferentes situações/casos. Assim, encontramos três subcategorias. Alguns exemplos para cada categoria são expostos a seguir:

- Relacionadas com a família: “em famílias que compreendem e implementam este modelo veem-se muitas melhorias nas crianças”; “na minha opinião, há casos de crianças/famílias que beneficiam do modelo transdisciplinar, mas outras perdem e muito, pois devido a limitações cognitivas/famílias disfuncionais”;
- Relacionadas com a equipa: “só depois da equipa ser coesa e com uma dinâmica positiva é possível”;
- Relacionadas com as características da criança: “acredito no modelo transdisciplinar, mas com alguma adaptação em casos mais graves ou complexos”; “veem-se muitas melhorias nas crianças sobretudo na faixa etária dos 0 aos 3. Na restante faixa etária existem casos que por vezes há a necessidade da intervenção da IP ser complementada com o modelo clínico”.

3.3.3. Questão 3 - O que condiciona a adoção de práticas recomendadas em IP nos TO das ELI e os dos outros contextos?

Nesta questão, optou-se por dividir as barreiras identificadas por profissionais que já tiveram experiência em ELI e aqueles que nunca tiveram qualquer experiência. As categorias surgiram de forma dedutiva através de estudos similares (Pereira, 2009) e indutiva tendo em conta as categorias emergentes e que não se enquadram nas categorias definidas *à priori*.

De uma forma global verificamos que os profissionais com experiência em ELI mencionaram mais barreiras (99) do que os restantes (77).

Os profissionais com experiência em ELI apresentam como maiores barreiras à adoção de práticas recomendadas em IP (Quadro 14) barreiras relacionadas com a família (31.31%), nomeadamente a Colaboração/Características/Atitudes da família (15.15%) e constrangimentos tempo/horários (13.13%).

Ainda, uma grande percentagem identifica características do Sistema como barreiras (30.30%), assim como a formação dos profissionais (10.10%). De notar as 7 menções (9.09%) relacionadas com o modelo clínico.

Quadro 14 Distribuição dos sujeitos com experiência em ELI relativamente às barreiras à implementação das práticas recomendadas em IP

Profissionais com experiência em ELI					
Categorias	Sub-categorias	Exemplos de argumentação	Referências	%por subcategoria	%por categoria
Barreiras relacionadas com a família	Colaboração/Características/Atitudes da família	<i>Nem sempre é fácil que os pais ponham em prática as estratégias dadas; muitas vezes os pais não têm capacidade para usar as estratégias dadas, o que acaba por tornar o nosso trabalho mais difícil; Pais conflituosos; Certas famílias que também não se envolvem o que seria necessário; pais que compreendem por vezes o que é recomendado mas na prática não o fazem.</i>	15	15.15	31.31
	Constrangimentos	<i>O tempo e envolvimento das famílias no processo terapêutico; Por vezes os horários de trabalho dos</i>	13	13.13	

	tempo/horários	<i>pais; Pouca disponibilidade de tempo de várias famílias.</i>			
	Outras	<i>As famílias cada vez mais dão menos atenção de qualidade às suas crianças; Por vezes a falta de preocupações por parte da família; A incoerência dos pais face ao diagnóstico e prognóstico da criança.</i>	3	3.03	
Barreiras relacionadas com o Sistema	Rácios Família/Profissionais	<i>O número de casos por gestor; demasiadas crianças; o número de casos que cada mediador tem.</i>	8	8.08	29.29
	Funcionamento e Políticas de IP	<i>Burocracia inerente ao SNIPI; Disparidade na forma de intervenção consoante o ministério que tutela; A maior barreira é a burocracia exigida pela IP, são demasiados documentos em papel de preenchimento obrigatório.</i>	9	9.09	
	Constrangimentos tempo/horários dos profissionais	<i>O tempo disponível dos terapeutas; O pouco tempo disponível para articular com todos os intervenientes no processo; Difícil fazer o transdisciplinar resultar com o tempo disponível restrito dos colegas das outras valências.</i>	5	5.05	
	Adequação do modelo	<i>Como TO, considero que a utilização do modelo na íntegra, pode ser limitador, se o nosso trabalho se resumir a passar estratégias e não a intervir de forma mais prática; Acredito no modelo transdisciplinar, mas com alguma adaptação em casos mais graves ou complexos; , claro que o conceito de transdisciplinar, tem que ser visto caso a caso, depende das dificuldades de cada criança.</i>	5	5.05	
	Mobilidade dos profissionais	<i>Mudança constante de técnicos do Ministério da Educação de ano para ano; "Elementos instáveis".</i>	2	2.02	
Barreiras relacionadas com os profissionais	Atitudes/Compromentamentos/Crenças	<i>As maiores barreiras prendem-se geralmente com as crenças e valores dos profissionais e a dificuldade dos mesmos em deixar o seu papel de "peritos"; A dinâmica/interação da equipa de intervenção nem sempre ser promotora de um espírito de interajuda e disponibilidade; Devido a certos elementos da equipa da Eli, não se sentem à vontade , em serem gestores de caso, de situações de crianças com graves problemas motores.</i>	9	9.09	28.28

	Formação	<i>Disparidade nas formações das pessoas destacadas nas ELIs; Falta de formação de alguns técnicos colocados pelo ME; Falta de formação específica.</i>	10	10.10	
	Colaboração dos contextos educativos	<i>Professores/educadores que desistiram; A dificuldade de os educadores adotarem e seguirem as estratégias dadas; O envolvimento de algumas educadoras.</i>	8	8.08	
	Informações escassas	<i>Informações pouco claras por parte de outros profissionais principalmente médicos.</i>	1	1.01	
Outras fragilidades	Modelo clínico	<i>O ensino na faculdade e mesmo nos restantes locais de trabalho esta muito formatado em modelo clínico; Eu e restantes elementos da equipa (de outras áreas profissionais), saímos "formatados" das escolas, para intervir de forma direta com a criança, numa perspetiva multidisciplinar; As famílias na sua generalidade quer intervenção direta dos técnicos e as educadoras também. Neste momento o mais difícil são mesmo os médicos que continuam a prescrever terapias declaradamente.</i>	9	9.09	9.09
	Escassez de recursos da comunidade	<i>Poucos recursos na comunidade.</i>	1	1.01	1.01
	Serviço Nacional de Saúde	<i>O Sistema Nacional de Saúde continua a falhar não facultando diversas terapias que muitas crianças necessitam.</i>	1	1.01	1.01
Total			99	≈ 100%	≈ 100%

Os restantes profissionais, ainda que com uma percentagem considerável de referências a barreiras relacionadas com a família (35.06%), mencionam como a maior barreira à adoção de práticas recomendadas em IP aquelas relacionadas com os profissionais (57.16%), nomeadamente os constrangimentos de tempo/horários de outros profissionais (15.59%), a colaboração dos contextos educativos (12.99%), a formação dos profissionais (10.39%) e as dificuldades de articulação com membros da equipa (9.09%).

Em ambos os grupos de profissionais a barreira mais mencionada é a **Colaboração/Características/Atitudes da família**, mas com maior percentagem pelos inquiridos sem experiência em ELI.

Quadro 15 Distribuição dos sujeitos sem experiência em ELI relativamente às barreiras à implementação das práticas recomendadas em IP

Profissionais sem experiência em ELI					
Categoria	Sub-categoria	Exemplos de argumentação	Referências	%por subcategoria	%por categoria
Barreiras relacionadas com a família	Colaboração/Características/Atitudes da família	Adesão da família à intervenção e a participação da mesma; Algumas vezes a colaboração das famílias; Nível educacional, que condiciona a compreensão e até mesmo a motivação para a intervenção com a criança.	22	28.57	35.06
	Sobrecarga da família	Muitas das famílias com o dia-a-dia (trabalho, tarefas domésticas) pensam que o trabalho clínico com a criança é o suficiente; A sobrecarga que as famílias sentem e desta forma a desmotivação para continuarem a ter um papel principal no processo de intervenção; Em alguns casos a intervenção com a criança é prolongada	3	3.90	

		durando anos, o que desgasta as famílias.			
	Constrangimentos de tempo/horários	A falta de disponibilidade dos pais	2	2.60	
Barreiras relacionadas com profissionais	Colaboração dos contextos educativos	Outro ponto importante é a disponibilidade dos educadores/professores para implementarem e acederem as indicações dadas pelos terapeutas; A abertura por parte dos educadores; Deparo-me com o facto de muitas vezes serem rejeitadas as estratégias que sugiro para o contexto escolar.	10	12.99	57.16
	Constrangimentos de tempo/horários dos profissionais	Por vezes não há tempo para reunir com professores ou ir a casa; Tempo disponível para cada criança e sua família, tempo para intervenção <i>in-loco</i> (casa e escola); Adesão da educadora em todo o processo de intervenção, muitas vezes por alegar em falta de tempo para o fazerem; Falta de	12	15.59	

		disponibilidade dos educadores; Falta de disponibilidade das educadoras para articular com os terapeutas.			
	Dificuldades de articulação/comunicação com equipa	A articulação com as escolas às vezes é muito difícil; Dificuldades de articulação dos vários intervenientes no processo de reabilitação da criança; A dificuldade numa articulação continua e eficaz com toda a equipa que intervém ou desempenha um papel no desenvolvimento e na vida da criança.	7	9.09	
	Formação	Desconhecimento sobre quem realiza a avaliação e a intervenção de diversos sinais de alarme; Oportunidades de formação contínua; Formação pessoal e dos restantes profissionais; Desconhecimento dos educadores e auxiliares que	8	10.39	

		acompanham as crianças.			
	Encaminhamento/Sinalização	Muitas vezes este atraso no encaminhamento correto para a valência correta acarreta meses de intervenção; Por vezes as crianças são encaminhadas pelos pediatras numa fase tardia, o que condiciona o processo; O encaminhamento por parte dos pediatras ou outros profissionais de saúde, na maioria das vezes é um encaminhamento tardio.	3	3.90	
	Atitudes dos profissionais	Quando a equipa técnica não funciona (em equipa); O medo da perda de identidade profissional; Outros profissionais do desenvolvimento, colegas terapeutas, educadores, médicos, sentirem que o trabalho deles está a ser avaliado ou posto em causa por querermos partilhar	3	3.90	

		estratégias, estar presentes em sessões, ir a consultas.			
	Outros	O cumprimento dos programas escolares por vezes é muito difícil articular com as necessidades da criança.	1	1.30	
Barreiras relacionadas com o Modelo Clínico	Modelo clínico	Valorização da intervenção direta de vários profissionais; O modelo clínico a que os diferentes intervenientes estão habituados.	2	2.60	2.60
Barreiras relacionadas com o funcionamento das entidades	Características das sessões de intervenção	A duração das sessões de intervenção; O número de crianças atendidas na mesma sessão.	2	2.60	2.60
Barreiras relacionadas com o SNIPI		Escassez de profissionais de saúde em intervenção direta nas equipas de Intervenção Precoce; A própria ELI muitas vezes é um obstáculo a intervenção clínica uma vez que, a intervenção que fazem não é específica de uma área não valorizam questões que só com uma prática	2	2.60	2.60

	recorrente é frequente por técnico especializado é observável.			
Total		77	100%	100%

3.4. Testes de Hipóteses

H₁: O tempo de experiência profissional influencia a utilização das práticas recomendadas em IP.

Relativamente aos anos de experiência dos profissionais, inicialmente a distribuição apresentava quatro níveis: 1) inferior a 1 ano; 2) de 1 a 4 anos; 3) de 5 a 10 anos e 4) acima de 10 anos. Após estes intervalos fixados e analisando a amostra recolhida, verificamos uma reduzida frequência de profissionais com menos de um ano de experiência. Assim sendo, foi necessário recodificar os quatro intervalos para apenas passarmos a considerar três, coincidentes com o estudo de Pereira (2009): 1) até 4 anos de experiência; 2) de 5 a 9 anos; 3) mais de 10 anos.

Para analisar a influência da variável tempo de experiência nas práticas relacionais, participativas e nas outras componentes das práticas recomendadas em IP, utilizou-se o teste estatístico *F-OneWay Anova* (Tabela 19).

Práticas Relacionais

Ao visualizar de uma forma geral as médias de respostas, e tendo em conta que **quanto menor o valor da média, mais utilizadas são as práticas**, verifica-se que quanto maior a experiência profissional, com mais frequência são utilizadas estas práticas, excetuando a prática 5 (*“Honro e respeito os valores e crenças das famílias”*).

No entanto, apenas a **prática 4 (“Comunico com e sobre a família de forma positiva”)** revelou diferenças estatisticamente significativas na frequência de utilização para um $p \leq .05$, tendo em conta o tempo de experiência profissional ($p = .000$) (Tabela 19).

Tabela 20 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Práticas Relacionais consoante o tempo de experiência profissional

		Tempo de Experiência			F
	Prática/ Questão	Até 4 anos (n = 36) Média (DP)	De 5 a 9 anos (n = 20) Média (DP)	Mais de 10 anos (n = 22) Média (DP)	
Práticas Relacionais	1	1.28 (,45)	1.20 (,41)	1.05 (,05)	2.44
	2	1.17 (,38)	1.15 (,37)	1.00 (,000)	2.04
	4	1.03 (,49)	1.05 (,22)	1.00 (,000)	10.30**
	5	1.36 (,17)	1.05 (,22)	1.09 (,29)	0.55
	6	1.50 (,49)	1.35 (,49)	1.14 (,35)	1.873
	7	1.50 (,51)	1.35 (,49)	1.27 (,46)	1.60
** p ≤ .01					

No entanto, as médias dos três grupos são muito semelhantes, e a ANOVA apenas nos indica em que prática/questão foram encontradas diferenças, mas não onde estas se encontram, pelo que recorreremos aos testes *Post-Hoc* (Martins, 2011), nomeadamente o teste Scheffé.

Assim, relativamente à prática “**Comunico com e sobre a família de forma positiva**” verifica-se que: Até 4 anos > De 5 a 9 anos ($p < 0.05$); Até 4 anos > Mais de 10 anos ($p < 0.05$). Não existem diferenças significativas entre a frequência de utilização da prática nos grupos: **De 5 a 9 anos** e **Mais de 10 anos**. Estes resultados indicam que os profissionais com menos experiência profissional (Até 4 anos) revelam menor utilização da prática “**Comunico com e sobre a família de forma positiva**” (Tabela 19).

Práticas Participativas

Ao visualizar de uma forma geral as médias de respostas, e tendo em conta que **quanto menor o valor da média, mais utilizadas são as práticas**, verifica-se que quem utiliza estas práticas com menos frequência é o grupo com menor tempo de experiência profissional – Até 4 anos.

No entanto, apenas a **prática 13 (“Ajuda a família a considerar soluções que incluam uma ampla gama de recursos da família e da comunidade, para atingir os objetivos desejados”)** revelou diferenças estatisticamente significativas na frequência de utilização para um $p \leq .05$, tendo em conta o tempo de experiência profissional ($p = .004$) (Tabela 20).

Tabela 21 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Práticas Participativas consoante o tempo de experiência profissional

Tempo de Experiência					
	Prática/ Item	Até 4 anos (n = 36)	De 5 a 9 anos (n = 20)	Mais de 10 anos (n = 22)	F
		Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	
Práticas Participativas	8	1,25 (.50)	1,10 (.31)	1,09 (.30)	1,41
	9	1,33 (.54)	1,20 (.41)	1,09 (.29)	2,07
	10	1,36 (.64)	1,15 (.37)	1,27 (.46)	2,07
	11	1,33 (.54)	1,10 (.31)	1,18 (.40)	1,92
	12	1,50 (.74)	1,30 (.47)	1,23 (.43)	0,21
	13	1,69 (.71)	1,25 (.44)	1,23 (.43)	6,00**
	14	1,25 (.50)	1,20 (.41)	1,09 (.29)	0,95
	15	1,39 (.55)	1,25 (.44)	1,09 (.29)	2,84
	16	1,19 (.47)	1,05 (.22)	1,14 (.35)	0,90
	17	1,39 (.69)	1,15 (.37)	1,14 (.35)	2,03
** $p \leq .05$					

Foi realizado o teste Post-Hoc de Scheffé para se perceber em que grupos se encontram as diferenças. Assim, relativamente à prática “**Ajuda a família a considerar soluções que incluam uma ampla gama de recursos da família e da comunidade, para atingir os objetivos desejados**” verifica-se que: Até 4 anos > De 5 a 9 anos ($p < 0.05$); Até 4 anos > Mais de 10 anos

($p < 0.05$). Não existem diferenças significativas entre a frequência de utilização da prática nos grupos: **De 5 a 9 anos e Mais de 10 anos**. Estes dados indicam que os profissionais com menos experiência profissional (Até 4 anos) revelam menor utilização da prática “**Comunico com e sobre a família de forma positiva**”.

Outras componentes das práticas recomendadas em IP

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para nenhuma destas práticas. Tendo em conta que **quanto maior o valor da média, menos utilizadas são as práticas**, verifica-se que o valor da diminui à medida que aumenta a experiência profissional (Tabela 21).

Tabela 22 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Outras Componentes das Práticas Recomendadas em IP consoante o tempo de experiência profissional

		Tempo de Experiência			F
Outras componentes das práticas	Prática/ Questão	Até 4 anos (n = 36) Média (DP)	De 5 a 9 anos (n = 20) Média (DP)	Mais de 10 anos (n = 22) Média (DP)	
	1.Avalio de forma aprofundada as rotinas da criança em casa e identifico aquelas que geram mais stress para a família.	1,92 (,84)	1,70 (,80)	1,50 (,60)	2,04
	2.Avalio de forma aprofundada as rotinas da criança no jardim-de-infância e identifico as mais preocupantes para a educadora/família.	1,81 (,67)	1,90 (,79)	1,55 (,74)	1,43
	3.Os meus objetivos são funcionais, mensuráveis e de acordo com os desejos da família, no sentido de diminuir o stress nas rotinas identificadas pela família /educador.	1,81 (,71)	1,65 (,75)	1,50 (,51)	1,45
	4.Encorajo a família a identificar e utilizar atividades da rotina e do interesse da criança como boas oportunidades de aprendizagem.	1,42 (,73)	1,25 (,44),	1,23 (,43)	,89

5.Executo uma dada intervenção juntamente com a família, fornecendo, ao longo do tempo, feedback construtivo e positivo e sem julgar.	1,64 (,68)	1,35 (,67)	1,36 (,49)	1,93
6.Peço uma constante auto-avaliação à família sobre o seu desempenho e confiança na utilização da intervenção.	2,17 (,81)	2,15 (,81)	1,82 (,66)	1,55
7.Trabalho com a família e outros adultos para modificar e adaptar o ambiente físico, social e temporal para promover o acesso e a participação da criança nas experiências de aprendizagem.	1,78 (,72)	1,65 (,59)	1,50 (,67)	1,16

** $p \leq .05$

H₂: Os papéis de parentalidade dos profissionais influenciam a utilização das práticas recomendadas em IP.

Para analisar a influência dos papéis de parentalidade (i.e., a existência ou não de filhos) nas práticas relacionais, participativas e nas outras componentes das práticas recomendadas em IP, utilizou-se o teste estatístico *T-student*, pois estamos na presença de uma variável dicotômica Vs. variáveis intervalares.

Práticas Relacionais

Ao visualizar de uma forma geral as médias de respostas, e tendo em conta que **quanto menor o valor da média, mais utilizadas são as práticas**, verifica-se que quem tem filhos utiliza com mais frequência estas práticas, excetuando a prática 5 (*“Honro e respeito os valores e crenças das famílias”*) (Tabela 22).

No entanto, nenhuma prática relacional revelou diferenças estatisticamente significativas na frequência de utilização para um $p \leq .05$, tendo em conta os papéis de parentalidade. Ou seja, a frequência de utilização das práticas relacionais não é diferente no grupo de sujeitos que tem filhos e dos que não têm.

Tabela 23 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Práticas Relacionais consoante a presença de filhos

Tem filhos?				
	Prática/ Questão	Sim (n = 20) Média (DP)	Não (n = 58) Média (DP)	t (76)
Práticas Relacionais	1	1,05 (.22)	1,24 (.43)	-1,891
	2	1,00 (.00)	1,16 (.37)	-1,892
	4	1,05 (.22)	1,24 (.43)	-1,891
	5	1,10 (.31)	1,03 (.18)	1,140
	6	1,20 (.41)	1,33 (.47)	-1,073
	7	1,30 (.47)	1,43 (.50)	-1,026

Práticas Participativas

Ao visualizar de uma forma geral as médias de respostas, e tendo em conta que **quanto menor o valor da média, mais utilizadas são as práticas**, verifica-se que quem utiliza estas práticas com mais frequência é o grupo que tem filhos, excetuando a prática 16 (*“Ofereço ajuda de forma a responder e ir ao encontro dos interesses e prioridades das famílias”*) (Tabela 23).

No entanto, apenas a **prática 13** (*“Ajudo a família a considerar soluções que incluam uma ampla gama de recursos da família e da comunidade, para atingir os objetivos desejados”*) e a **prática 15** (*“Trabalho com a família de forma flexível e individualizada”*) revelaram diferenças estatisticamente significativas na frequência de utilização para um $p \leq .05$, tendo em conta os papéis de parentalidade ($p = .04$ e $p = .02$, respetivamente), demonstrando que essas práticas são mais utilizada no grupo com filhos.

Tabela 24 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Práticas Participativas consoante a presença de filhos

Tem filhos?				
	Prática/ Questão	Sim (n = 20) Média (DP)	Não (n = 58) Média (DP)	t (76)
Práticas Participativas	8	1,10 (.31)	1,19 (.44)	-,845
	9	1,10 (.31)	1,28 (.49)	1,507

10	1,25 (.44)	1,29 (.56)	-,311
11	1,15 (.37)	1,26 (.48)	-,922
12	1,25 (.44)	1,41 (.65)	-1,044
13	1,20 (.41)	1,53 (.66)	-2,139**
14	1,10 (.31)	1,22 (.46)	-1,120
15	1,05 (.22)	1,34 (.52)	-2,474**
16	1,20 (.41)	1,12 (.38)	,791
17	1,15 (.37)	1,29 (.59)	-1,013

** p ≤ .05

Outras componentes das práticas recomendadas em IP

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para nenhuma destas práticas. Tendo em conta que **quanto menor o valor da média, maior a frequência de utilização das práticas**, verifica-se que o valor da média é menor no grupo com filhos (Tabela 24).

Tabela 25 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Outras Componentes das Práticas Recomendadas em IP, consoante a presença de filhos

		Tem filhos?		t (76)
Prática/ Questão		Sim (n = 20) Média (DP)	Não (n = 58) Média (DP)	
Outras componentes das práticas	1. Avalio de forma aprofundada as rotinas da criança em casa e identifico aquelas que geram mais stress para a família.	1,50 (.61)	1,83 (.82)	1,637
	2. Avalio de forma aprofundada as rotinas da criança no jardim-de-infância e identifico as mais preocupantes para a educadora/família.	1,60 (.68)	1,81 (.74)	1,122

3.Os meus objetivos são funcionais, mensuráveis e de acordo com os desejos da família, no sentido de diminuir o stress nas rotinas identificadas pela família /educador.	1,60 (.60)	1,71 (.70)	,609
4.Encorajo a família a identificar e utilizar atividades da rotina e do interesse da criança como boas oportunidades de aprendizagem.	1,15 (.37)	1,38 (.64)	1,506
5.Executo uma dada intervenção juntamente com a família, fornecendo, ao longo do tempo, feedback construtivo e positivo e sem julgar.	1,45 (.51)	1,50 (.68)	,300
6.Peço uma constante auto-avaliação à família sobre o seu desempenho e confiança na utilização da intervenção.	1,80 (.62)	2,16 (.81)	1,784
7.Trabalho com a família e outros adultos para modificar e adaptar o ambiente físico, social e temporal para promover o acesso e a participação da criança nas experiências de aprendizagem.	1,45 (.61)	1,74 (.69)	1,678
** $p \leq .05$			

H₃: A experiência em ELI influencia a utilização das práticas recomendadas em IP.

Para analisar a influência da experiência em ELI (estágio ou profissional) nas práticas relacionais, participativas e nas outras componentes das práticas recomendadas em IP, utilizou-se o teste estatístico *T-student*, pois estamos na presença de uma variável dicotómica Vs. variáveis intervalares.

Práticas Relacionais

Ao visualizar de uma forma geral as médias de respostas, e tendo em conta que **quanto menor o valor da média, mais utilizadas são as práticas**, verifica-se que não existe um grupo que utilize mais as práticas relacionais do que o outro, sendo bastante semelhantes (Tabela 25).

De facto, segundo o teste t, nenhuma prática relacional revelou diferenças estatisticamente significativas na frequência de utilização para um $p \leq .05$, tendo em conta a experiência em ELI. Ou seja,

a frequência de utilização das práticas relacionais não é diferente no grupo de sujeitos com experiência em ELI e dos restantes.

Tabela 26 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Práticas Relacionais, consoante a experiência em ELI

		Tem experiência em ELI?		
Práticas Relacionais	Prática/ Questão	Sim (n = 33) Média (DP)	Não (n = 45) Média (DP)	t (76)
	1	1,21 (.42)	1,18 (.39)	,376
	2	1,09 (.29)	1,13 (.34)	-,573
	4	1,21 (.42)	1,18 (.39)	,376
	5	1,03 (.17)	1,07 (.25)	-,712
	6	1,21 (.42)	1,36 (.48)	-1,371
	7	1,36 (.49)	1,42 (.50)	-,517

Práticas Participativas

Ao visualizar de uma forma geral as médias de respostas, e tendo em conta que **quanto menor o valor da média, mais utilizadas são as práticas**, verifica-se que quem utiliza estas práticas com mais frequência é o grupo que tem experiência em ELI, excetuando a prática 9 (*“Encorajo e apoio a família para avaliar e tomar decisões sobre os recursos mais adequados para alcançar os seus objetivos”*) (Tabela 26).

No entanto, apenas a **prática 13 (*“Ajudo a família a considerar soluções que incluam uma ampla gama de recursos da família e da comunidade, para atingir os objetivos desejados”*)** revelaram diferenças estatisticamente significativas na frequência de utilização para um $p \leq .05$, tendo em conta a experiência em ELI ($p = .03$), demonstrando que essa prática é mais utilizada no grupo com experiência em ELI.

Tabela 27 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Práticas Participativas, consoante a experiência em ELI

	Prática/ Questão	Tem experiência em ELI?		t (76)
		Sim (n = 33) Média (DP)	Não (n = 45) Média (DP)	
Práticas Participativas	8	1,09 (.29)	1,22 (.47)	-1,412
	9	1,24 (.44)	1,22 (.47)	,193
	10	1,18 (.47)	1,36 (.57)	-1,435
	11	1,12 (.33)	1,31 (.51)	-1,855
	12	1,30 (.53)	1,42 (.66)	-,858
	13	1,27 (.45)	1,58 (.69)	-2,212**
	14	1,15 (.36)	1,22 (.47)	-,718
	15	1,15 (.36)	1,36 (.53)	-1,908
	16	1,06 (.24)	1,20 (.46)	-1,593
	17	1,15 (.36)	1,33 (.64)	-1,466
** p ≤ .05				

Outras componentes das práticas recomendadas em IP

Tendo em conta que **quanto maior o valor da média, menor a frequência de utilização das práticas**, verifica-se que o valor da média é menor no grupo com experiência em ELI, excetuando a prática 6. No entanto, apenas a prática 7 (***“Trabalho com a família e outros adultos para modificar e adaptar o ambiente físico, social e temporal para promover o acesso e a participação da criança nas experiências de aprendizagem”***) se revelou estatisticamente significativa, demonstrando que essa prática é mais utilizada no grupo com experiência em ELI (Tabela 27).

Tabela 28 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Outras Componentes das Práticas, consoante a experiência em ELI

		Tem experiência em ELI?		
Outras componentes das práticas	Prática/ Questão	Sim (n = 33) Média (DP)	Não (n = 45) Média (DP)	t (76)
	1.Avalio de forma aprofundada as rotinas da criança em casa e identifico aquelas que geram mais stress para a família.	1,70 (.85)	1,78 (.74)	,450
	2.Avalio de forma aprofundada as rotinas da criança no jardim-de-infância e identifico as mais preocupantes para a educadora/família.	1,61 (.66)	1,87 (.76)	1,586
	3.Os meus objetivos são funcionais, mensuráveis e de acordo com os desejos da família, no sentido de diminuir o stress nas rotinas identificadas pela família /educador.	1,55 (.56)	1,78 (.74)	1,516
	4.Encorajo a família a identificar e utilizar atividades da rotina e do interesse da criança como boas oportunidades de aprendizagem.	1,30 (.53)	1,33 (.64)	,222
	5.Executo uma dada intervenção juntamente com a família, fornecendo, ao longo do tempo, feedback construtivo e positivo e sem julgar.	1,45 (.56)	1,51 (.70)	,384
	6.Peço uma constante auto-avaliação à família sobre o seu desempenho e confiança na utilização da intervenção.	2,09 (.77)	2,04 (.80)	-,259
	7.Trabalho com a família e outros adultos para modificar e adaptar o ambiente físico, social e temporal para promover o acesso e a participação da criança nas experiências de aprendizagem.	1,48 (.67)	1,80 (.66)	2,073**
** p ≤ .05				

H₄: A detenção de formações especializadas e contínuas influenciam as práticas recomendadas em IP

Para analisar a influência da formação especializada e contínua nas práticas relacionais, participativas e nas outras componentes das práticas recomendadas em IP, utilizou-se o teste estatístico *T-student*, pois estamos na presença de uma variável dicotômica Vs. variáveis intervalares.

FORMAÇÃO ESPECIALIZADA

Práticas Relacionais

Ao visualizar de uma forma geral as médias de respostas, e tendo em conta que **quanto menor o valor da média, mais utilizadas são as práticas**, verifica-se que o grupo com formação especializada apresenta médias mais baixas, ou seja, maior utilização destas práticas (Tabela 28).

No entanto, segundo o teste t, apenas a **prática 2 (“*Interajo com a família de forma calorosa, cuidada e empática*”)** revelou diferenças estatisticamente significativas na frequência de utilização para um $p \leq .05$. Ou seja, a frequência de utilização desta prática é maior no grupo de sujeitos com formação especializada.

Tabela 29 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Práticas Relacionais, consoante a detenção de formação especializada

Tem formação especializada?				
	Prática/ Questão	Sim	Não	t (74)
		(n = 45) Média (DP)	(n = 31) Média (DP)	
Práticas Relacionais	1	1,18 (.39)	1,23 (.43)	-,511
	2	1,04 (.21)	1,23 (.43)	-2,469**
	4	1,16 (.37)	1,26 (.45)	-1,098
	5	1,04 (.21)	1,06 (.25)	-,380
	6	1,24 (.44)	1,35 (.49)	-1,037
	7	1,38 (.49)	1,42 (.50)	-,360
**p ≤ 0.05				

Práticas Participativas

Ao visualizar de uma forma geral as médias de respostas, e tendo em conta que **quanto menor o valor da média, mais utilizadas são as práticas**, verifica-se que não há diferenças na utilização destas práticas em ambos os grupos (Tabela 29).

De facto, segundo o teste t, nenhuma prática revelou diferenças estatisticamente significativas na frequência de utilização para um $p \leq .05$.

Tabela 30 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Práticas Participativas, consoante a detenção de formação especializada

		Tem formação especializada?		t (74)
Prática/ Questão		Sim (n = 45) Média (DP)	Não (n = 31) Média (DP)	
Práticas Participativas	8	1,13 (.41)	1,23 (.43)	-,959
	9	1,20 (.46)	1,26 (.45)	-,550
	10	1,24 (.48)	1,35 (.61)	-,879
	11	1,18 (.44)	1,32 (.48)	-1,362
	12	1,33 (.52)	1,45 (.72)	-,829
	13	1,36 (.53)	1,58 (.72)	-1,572
	14	1,24 (.48)	1,13 (.34)	1,145
	15	1,31 (.51)	1,23 (.43)	,761
	16	1,16 (.42)	1,13 (.34)	,290
	17	1,22 (.47)	1,32 (.65)	-,779
** $p \leq .05$				

Outras componentes das práticas recomendadas em IP

Tendo em conta que **quanto maior o valor da média, menor a frequência de utilização das práticas**, verifica-se que não existem diferenças entre os grupos, como confirmado pelo teste t, em que não se verificam diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos (Tabela 30).

Tabela 31 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Outras Componentes das Práticas Recomendadas em IP, consoante a detenção de formação especializada

		Tem formação especializada?		
Outras componentes das práticas	Prática/ Questão	Sim (n = 45) Média (DP)	Não (n = 31) Média (DP)	t (74)
	1.Avalio de forma aprofundada as rotinas da criança em casa e identifico aquelas que geram mais stress para a família.	1,76 (.83)	1,74 (.73)	,205
	2.Avalio de forma aprofundada as rotinas da criança no jardim-de-infância e identifico as mais preocupantes para a educadora/família.	1,76 (.74)	1,77 (.72)	-,187
	3.Os meus objetivos são funcionais, mensuráveis e de acordo com os desejos da família, no sentido de diminuir o stress nas rotinas identificadas pela família /educador.	1,62 (.68)	1,81 (.65)	-,074
	4.Encorajo a família a identificar e utilizar atividades da rotina e do interesse da criança como boas oportunidades de aprendizagem.	1,24 (.57)	1,45 (.62)	,109
	5.Executo uma dada intervenção juntamente com a família, fornecendo, ao longo do tempo, feedback construtivo e positivo e sem julgar.	1,51 (.66)	1,45 (.62)	1,175
	6.Peço uma constante auto-avaliação à família sobre o seu desempenho e confiança na utilização da intervenção.	2,07 (.78)	2,03 (.80)	1,498
	7.Trabalho com a família e outros adultos para modificar e adaptar o ambiente físico, social e temporal para promover o acesso e a participação da criança nas experiências de aprendizagem.	1,64 (.65)	1,68 (.75)	-,394
** p ≤ .05				

FORMAÇÃO CONTÍNUA

Práticas Relacionais

Ao visualizar de uma forma geral as médias de respostas, e tendo em conta que **quanto menor o valor da média, mais utilizadas são as práticas**, verifica-se que o grupo que detém de formação contínua apresenta médias mais baixas, ou seja, maior utilização destas práticas (Tabela 31).

No entanto, segundo o teste t, apenas a **prática 4 - “Comunico com e sobre a família de forma positiva”** ($p= 0.05$) - e **6 - “Foco-me nos pontos fortes e valores da família e dos seus membros”** ($p= 0.01$) - revelaram diferenças estatisticamente significativas na frequência de utilização para um $p \leq 0.05$. Ou seja, a frequência de utilização destas práticas é maior no grupo de sujeitos com formação especializada.

Tabela 32 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Práticas Relacionais, consoante a detenção de formação contínua na área de IP

Tem formação contínua na área de IP?				
	Prática/ Questão	Sim	Não	t (74)
		(n = 27) Média (DP)	(n = 50) Média (DP)	
Práticas Relacionais	1	1,07 (.27)	1,26 (.44)	-1,991
	2	1,07 (.27)	1,14 (.35)	-,852
	4	1,07 (.27)	1,12 (.44)	1,991*
	5	1,04 (.19)	1,26 (.24)	-,428
	6	1,11 (.32)	1,38 (.49)	2,565**
	7	1,33 (.48)	1,42 (.50)	-,737
*p ≤ 0.05 ** p ≤ 0.01				

Práticas Participativas

Ao visualizar de uma forma geral as médias de respostas, e tendo em conta que **quanto menor o valor da média, mais utilizadas são as práticas**, verifica-se que o grupo que possui formação contínua utiliza com mais frequência estas práticas (Tabela 32).

No entanto, segundo o teste t, 5 práticas revelaram diferenças estatisticamente significativas na frequência de utilização da para um $p \leq .05$, sendo estas:

- Prática 10 – “Procuro e promovo de forma contínua a opinião da família, bem como a sua participação ativa no que se refere aos objetivos por ela identificados” ($p= 0.05$);

- Prática 11 – “Encorajo e apoio a família a utilizar as suas potencialidades e capacidades como forma de alcançar os objetivos desejados” ($p=0.03$);
- Prática 13 – “Ajudo a família a considerar soluções que incluam uma ampla gama de recursos da família e da comunidade, para atingir os objetivos desejados” ($p=0.04$);
- Prática 15 – “Trabalho com a família de forma flexível e individualizada” ($p=0.04$);
- Prática 17 – “Ajudo a família a ter uma abordagem positiva e planeada para atingir os objetivos desejados” ($p=0.08$).

Tabela 33 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Práticas Participativas, consoante a detenção de formação contínua na área de IP

		Tem formação contínua na área de IP?		t (74)
Prática/ Questão		Sim (n = 27) Média (DP)	Não (n = 50) Média (DP)	
Práticas Participativas	8	1,11 (.32)	1,20 (.45)	-,906
	9	1,11 (.32)	1,30 (.51)	-1,759
	10	1,11 (.32)	1,36 (.60)	-2,009**
	11	1,07 (.27)	1,30 (.51)	-2,163**
	12	1,19 (.40)	1,46 (.68)	-1,936
	13	1,19 (.40)	1,60 (.67)	-2,946**
	14	1,15 (.36)	1,22 (.47)	-,697
	15	1,11 (.32)	1,34 (.52)	-2,082**
	16	1,04 (.19)	1,20 (.45)	-1,785
	17	1,04 (.19)	1,38 (.64)	-2,731**
** $p \leq .05$				

Outras componentes das práticas recomendadas em IP

Tendo em conta que **quanto maior o valor da média, menor a frequência de utilização das práticas**, verifica-se que o grupo que utiliza estas práticas com maior frequência é o grupo detentor de formação contínua na área da IP. No entanto, apenas as práticas **2 ($p = 0.05$) e 7 ($p = 0.03$)** apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (Tabela 33).

Tabela 34 Diferenças encontradas na frequência de utilização das Outras Componentes das Práticas Recomendadas em IP, consoante a detenção de formação contínua na área de IP

Tem formação contínua na área de IP?				
Prática/ Questão	Sim	Não	t (74)	
	(n = 27)	(n = 50)		
	Média (DP)	Média (DP)		
Outras componentes das práticas	1.Avalio de forma aprofundada as rotinas da criança em casa e identifico aquelas que geram mais stress para a família.	1,59 (.69)	1,80 (.81)	1,127
	2.Avalio de forma aprofundada as rotinas da criança no jardim-de-infância e identifico as mais preocupantes para a educadora/família.	1,44 (058)	1,92 (.75)	2,860**
	3.Os meus objetivos são funcionais, mensuráveis e de acordo com os desejos da família, no sentido de diminuir o stress nas rotinas identificadas pela família /educador.	1,78 (.51)	1,78 (.74)	1,875
	4.Encorajo a família a identificar e utilizar atividades da rotina e do interesse da criança como boas oportunidades de aprendizagem.	1,22 (.42)	1,36 (.66)	,976
	5.Executo uma dada intervenção juntamente com a família, fornecendo, ao longo do tempo, feedback construtivo e positivo e sem julgar.	1,33 (.48)	1,58 (.70)	1,628
	6.Peço uma constante auto-avaliação à família sobre o seu desempenho e confiança na utilização da intervenção.	1,96 (.65)	2,12 (.85)	,837
	7.Trabalho com a família e outros adultos para modificar e adaptar o ambiente físico, social e temporal para promover o acesso e a participação da criança nas experiências de aprendizagem.	1,37 (.49)	1,84 (.71)	3,058**
** p ≤ .05				

H₅: Existe correlação significativa entre a frequência de utilização das práticas relacionais, participativas e as outras componentes das práticas.

Para avaliar a correlação entre os diferentes grupos de práticas foi utilizado o teste *P Pearson*. Este teste permite avaliar em que medida os diferentes grupos de práticas têm associação entre si, e qual a sua direção (positiva ou negativa) (Martins, 2011).

Assim, os resultados revelam uma **correlação moderada, significativa e positiva** entre as práticas relacionais e participativas (Tabela 34) demonstrando que quanto maior a utilização das práticas relacionais, também maior a utilização das práticas participativas e vice-versa.

Adicionalmente, a correlação das outras componentes das práticas com as práticas participativas figura-se **forte, positiva e significativa** e com as práticas relacionais uma **correlação moderada, positiva e significativa**. Estes dados indicam que quanto maior a utilização das práticas relacionais/participativas, maior a utilização das outras componentes das práticas, e vice-versa.

Tabela 35 Correlação entre os diferentes grupos de práticas

	Práticas Participativas	Outras componentes das práticas
Práticas Relacionais	.53 $p < .001$	.54 $p < .001$
Práticas Participativas	.53 $p < .001$	.75 $p < .001$

CAPÍTULO IV –DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo pretende-se analisar e interpretar os resultados da investigação realizada tendo em consideração os objetivos do estudo e as hipóteses e questões de investigação formuladas, relacionando, sempre que possível com a literatura da área.

Considera-se que um serviço de que trabalhe com crianças com necessidades especiais e suas famílias é de qualidade quando utiliza as práticas recomendadas em IP (Division for Early Childhood, 2014; Early Childhood Intervention Australia, 2016), nomeadamente uma abordagem centrada na família pois é esta que produz resultados mais satisfatórios para as crianças e suas famílias (Dunst & Trivette, 2005b; Dunst et al., 2006; Espe-Sherwindt & Serrano, 2016). Torna-se assim de extrema importância a realização de estudos em Portugal que avaliem a utilização das práticas recomendadas em IP pelos diferentes profissionais, no sentido de promover e adensar a sua utilização. Esses estudos devem, cada vez mais, incluir profissionais que trabalham com as crianças e suas famílias fora dos projetos públicos de IP, visto que existe uma grande percentagem de terapeutas ocupacionais a exercer funções em outros contextos que não o SNIPI.

Os dados datados de 2015 da Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais (2015) remetem para a existência de, pelo menos, 306 Terapeutas Ocupacionais que intervêm com crianças e os dados do Relatório de Atividades do SNIPI de 2015-2016 (Sistema Nacional de Intervenção Precoce, 2016) indicam que apenas 81 terapeutas ocupacionais exercem função em ELI, mostrando aqui que um grande número de profissionais presta apoio fora dos serviços públicos de IP.

No presente estudo, tanto os TO pertencentes aos projetos públicos de IP como os restantes autoavaliam as suas práticas profissionais, bem como expõe os conhecimentos que detêm na área e mencionam que barreiras consideram ser impeditivas da adoção das práticas recomendadas.

Um dos instrumentos utilizados para a autoavaliação das práticas relacionais e participativas foi a *Family-Centered Practices Checklist* (Wilson & Dunst, 2002). A *checklist* foi traduzida, no entanto não se conhecem estudos de fiabilidade e validade nacionais, pelo que um dos objetivos iniciais deste estudo foi analisar a adequabilidade do instrumento à população estudada.

A determinação da fiabilidade do questionário foi aferida através da análise da consistência interna (α de *Cronbach*), onde se obteve um resultado de consistência interna bom ($\alpha = 0.84$).

Posteriormente foi realizada a Análise Fatorial, reduzindo os dados a dois fatores, de acordo com o construto da escala original. A análise da fiabilidade dos fatores revelou valores igualmente bons para o fator “Práticas Participativas” ($\alpha = 0.90$) e aceitável para o fator “Práticas Relacionais” ($\alpha = 0.70$).

Deste modo, após análise das respostas, verificaram-se resultados positivos na utilização das práticas relacionais e participativas pelos terapeutas ocupacionais, na medida em que a média de cada grupo de práticas situa-se entre 1 e 2 (sendo que 1 – a prática foi sempre utilizada; 2 – a prática foi utilizada parcialmente/às vezes; 3- prática não utilizada).

Não se verificam diferenças nas médias das práticas relacionais e participativas e há uma correlação moderada positiva e significativa entre os dois conjuntos de práticas ($p = 0.53$, $p < .000$), indicando que quanto maior a utilização das práticas relacionais, maior a utilização das práticas participativas, permitindo assim confirmar a ***Hipótese 5 – Existe correlação significativa entre a frequência de utilização das práticas relacionais, participativas e as outras componentes das práticas.*** Estes dados podem indicar que já começa a existir um equilíbrio na utilização das práticas relacionais e participativas, contrariamente ao que a maioria dos estudos conclui: as práticas relacionais são mais utilizadas que as participativas (I. Almeida, 2008; Dunst, Boyd, Trivette, & Hamby, 2002; Dunst et al., 2007; Dunst, Trivette, & Hamby, 2008; Pereira, 2009).

Por outro lado, estudos mais recentes, como o estudo de Costa (2017), realizado em Portugal com famílias apoiadas pelo SNIPI, e o estudo de Trivette, Dunst, and Hamby (2010), vão de encontro aos nossos resultados indicando uma correlação forte na utilização das práticas participativas e relacionais, nos profissionais de IP.

Este equilíbrio na importância dada a ambos os grupos de práticas também poderá ser visível nas definições de PCF, apresentadas na análise conteúdo das respostas abertas da nossa amostra. Verifica-se que a maioria dos TO detém conhecimentos sobre os princípios destas práticas, denotando-se uma frequência relativa de menções de práticas relacionais (36.07%) semelhante à das práticas participativas (32.99%). As práticas mais valorizadas por estes profissionais foram: **práticas baseadas nas necessidades/prioridades/interesses da família, a integração da família ao longo de todo o processo de intervenção, o empowerment/capacitação da família e a intervenção nos contextos naturais.**

Estes resultados são semelhantes com os encontrados no estudo de (Fingerhut et al., 2013), em que os terapeutas ocupacionais souberam definir o que são as PCF e a sua importância. No entanto, nesse mesmo estudo, os profissionais admitem não utilizar essas práticas regularmente. Por isso

mesmo, importa mencionar que a valorização destes princípios não garante que as práticas dos profissionais sejam centradas na família, embora a existência destas assunções confere um indicador positivo quanto à filosofia orientadora das PCF (Maia, 2012).

No caso da intervenção nos contextos naturais, este princípio é bastante desenvolvido nos cursos de formação inicial, contínua e especializada e reforçada pela experiência profissional, daí a importância atribuída a este princípio pelos terapeutas ocupacionais (Maia, 2012). Esse facto é também verificado pela autoavaliação das **outras componentes das práticas** que também se revela positiva, demonstrando que os TO se preocupam com a avaliação e intervenção nos contextos naturais, bem como em colaborar com a família e educadores na formulação de objetivos/intervenções/atividades/adaptações ambientais.

Estes resultados não são de todo surpreendentes visto que o modelo de prática da TO - Modelo de Ocupação Humana (Kielhofner & Burke, 1980) - vê a pessoa como um sistema aberto composto por diversos subsistemas: volição (interesses, valores, sentido de causalidade pessoal), habituação (rotinas, hábitos, rituais, papéis) e desempenho (competências inerentes à criança). Para além disso menciona a influência do ambiente (físico, social, temporal) na participação do ser humano, nomeadamente como este pode restringir ou potenciar a sua participação.

Podemos então partir do pressuposto que os terapeutas ocupacionais aprendem nos seus cursos de formação inicial como avaliar e intervir com a criança nos seus contextos naturais, como comprovado no estudo de Bruder & Dunst (2005) em que os terapeutas ocupacionais foram os profissionais que tiveram mais aprendizagens sobre a intervenção nos contextos naturais durante os cursos de formação inicial.

Analisando pormenorizadamente cada item da *checklist*, chamamos a atenção para os itens das **práticas relacionais** menos utilizados pelos profissionais, “Reconheço a competência da família para alcançar os objetivos por ela indicados” e “Foco-me nos pontos fortes e valores da família e dos seus membros”. Ainda assim, verificamos que a maioria dos profissionais reponderam que utilizam sempre esta prática, no entanto, verifica-se também uma grande percentagem de profissionais que responderam que estas práticas eram utilizadas parcialmente/por vezes o que pode indicar que ainda existe dificuldade em reconhecer os pontos fortes/competências da família. Tal acontece também nos estudos de Costa (2017) e Mas et al. (2018) que referem que o item “os profissionais reconhecem os pontos fortes dos meus filhos(as) e da minha família” é o comportamento menos utilizado.

No que refere às **práticas participativas**, o comportamento que revela menor adesão é o “Ajudo a família a considerar soluções que incluam uma ampla gama de recursos da família e da comunidade, para atingir os objetivos desejados.”, tal como nos estudos de Costa (2017). McWilliam, Snyder, Harbin, Porter, and Munn (2000) e Tegethof (2007) referem também uma maior dificuldade de os profissionais incluírem a família na tomada de decisão e na busca por recursos apropriados tendo em conta as necessidades e desejos da família.

Ainda assim, verificam-se resultados bastante positivos na adesão dos profissionais às práticas participativas que, segundo Dunst (2000), são as práticas que mais promovem o um envolvimento ativo da família.

Adicionalmente, também se revela uma correlação positiva moderada e significativa ($\rho = 0.54$, $p < .000$) entre as outras componentes das práticas e as práticas relacionais e uma correlação positiva forte e significativa ($\rho = 0.75$, $p < .000$) entre as outras componentes das práticas e as práticas participativas. O facto das outras componentes das práticas se relacionarem mais com as práticas participativas não é surpreendente visto que o teor das questões remete para princípios das práticas participativas, nomeadamente a intervenção nos contextos naturais e a colaboração família-profissional ao longo de todo o processo de apoio.

Estes dados realmente figuram-se interessantes e positivos podendo indicar uma boa adesão dos TO às práticas recomendadas em IP. Em Portugal, uma parte dos estudos desenvolvidos no sentido de avaliar as diferenças na implementação das PCF entre as diferentes áreas profissionais, incluem os terapeutas ocupacionais no grupo de “terapeutas”, normalmente constituído por fisioterapeutas, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais (Maia, 2012; Pereira, 2000; Pimentel, 2005). No entanto, como evidenciado no estudo de Ashburner et. al (2014), a maioria dos terapeutas ocupacionais que participaram no estudo referem implementar práticas centradas na família a trabalhar com crianças com Perturbação do Espectro do Autismo.

No caso de Portugal, destacámos o estudo de Pereira (2009) em que podemos verificar que os terapeutas ocupacionais se situam no meio da tabela no que confere à utilização de PCF, sendo os psicólogos e os educadores aqueles que mais utilizam as PCF.

Por fim, importa mencionar a pertinência de se relativizar estes resultados pois conforme Dunst, Bruder & Espe-Sherwindt (2014), mesmo quando os profissionais pensam que implementam as PCF, essa percepção é frequentemente incorreta pois o conceito de práticas centradas na família é muitas

vezes reduzido ao simples facto de “ser simpático com as famílias” ou “fazer tudo o que a família quiser” (Dunst & Espe-Sherwindt, 2016).

No sentido de perceber que variáveis poderão influenciar a adoção das práticas relacionais, participativas e as outras componentes das práticas foi realizada a estatística inferencial e simultaneamente, foram utilizados os dados qualitativos no sentido de fazer interpretações mais aprofundadas.

Verifica-se a confirmação da **Hipótese 1 - O tempo experiência profissional influencia a utilização práticas recomendadas em IP**, no que se refere à variável tempo de experiência profissional, denotando-se a sua influência significativa na Prática Relacional - **Comunico com e sobre a família de forma positiva** - e na Prática Participativa - **Ajudo a família a considerar soluções que incluam uma ampla gama de recursos da família e da comunidade, para atingir os objetivos desejados**-, nomeadamente entre os sujeitos com até 4 anos de experiência e os restantes, sendo que o grupo com menor tempo de experiência profissional utiliza as práticas com menor frequência.

Apesar de as outras componentes das práticas não deterem de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, verifica-se uma frequência da sua utilização maior (ou seja, médias mais baixas) à medida que aumenta o tempo de experiência profissional.

Estes resultados são semelhantes com aqueles encontrados em vários estudos (Jeglinsky, Autti-Rämö, & Brogren Carlberg, 2011; Maia, 2012; Pereira, 2009) que mostram que os profissionais com mais experiência na área de IP evidenciam melhores resultados na perceção da utilização das práticas centradas na família.

Estes dados podem indicar que, no geral, o desenvolvimento de competências pessoais/profissionais necessárias para a utilização das práticas recomendadas em IP exige mais tempo de prática (McWilliam et al., 2000), principalmente as competências que permitem a identificação e valorização dos pontos fortes da família e a realização de intervenções baseadas nos recursos da família e da comunidade. De facto, ao analisar os nossos dados qualitativos sobre a definição de PCF apenas foram contabilizadas três menções às práticas centradas na família como sendo práticas baseadas nas forças das famílias e duas menções ao facto de serem baseadas nos recursos da família, podendo indicar que os inquiridos desconhecem, tem dificuldade em implementar ou dão pouca importância/utilização a essas práticas.

A literatura corrobora o exposto, afirmando que os profissionais consideram que trabalhar com as famílias é um trabalho árduo (Sukkar, 2016; Vilaseca et al., 2018) e que construir relações positivas e utilizar práticas baseadas nas forças e recursos é extremamente exigente para os profissionais (McWilliam et al., 2000; Sukkar, 2016; Tegethof, 2007). Sukkar (2016) afirma ainda que, para se poder atingir essas competências, os profissionais necessitam, para além de tempo e recursos, altos níveis de competência, conhecimento, treino, supervisão e orientação. Este facto remete-nos novamente para os resultados qualitativos do nosso estudo, em que a maioria dos profissionais com experiência em ELI revelou que o processo de adaptação a um modelo transdisciplinar e centrado na família foi “difícil”, “gradual” e “desafiante”.

O facto de existirem estudos que contradizem os nossos resultados (Bailey Jr, Palsha, & Simeonsson, 1991; A. P. d. O. C. Martins, 1999; Pereira, 2003; Pereiro, 2000; Sandau-Beckler, Salcido, Beckler, Mannes, & Beck, 2002), indicando que não existe correlação significativa ou até uma correlação negativa entre a utilização das práticas centradas na família e o tempo de experiência profissional, pode significar: 1) Uma evolução da defesa, (in)formação e evidência das práticas recomendadas em IP. Essa evolução traduz-se principalmente pelo aumento da utilização das práticas centradas na família pelos elementos com mais anos de experiência profissional (aqueles que estudaram e trabalharam muitos anos no modelo clínico); 2) Esses estudos datam de anos anteriores ou pouco depois do desenvolvimento do modelo de IP de terceira geração de Dunst (2000), podendo significar que tais práticas ainda se encontravam pouco disseminadas, particularmente no caso de Portugal.

Considerando que na nossa amostra são os TO recém-formados que aplicam com menos frequência estas práticas, isso poderá indicar que, possivelmente, nos seus cursos de formação inicial, estas práticas são pouco abordadas.

Esta hipótese pode ser corroborada pelo baixo número de indivíduos que menciona ter ouvido sobre o tema nos cursos de formação inicial (12), como por algumas afirmações dos inquiridos - *“o ensino na faculdade e mesmo nos restantes locais de trabalho está muito formatado em modelo clínico”; “eu e restantes elementos da equipa (de outras áreas profissionais), saímos “formatados” das escolas, para intervir de forma direta com a criança, numa perspetiva multidisciplinar”*. No estudo de Pereira (2009) os terapeutas ocupacionais das ELI mencionaram a inexistência de práticas/formação sobre PCF no currículo académico da formação inicial dos técnicos e que esta é muito centrada no modelo clínico.

Para além disso ainda se verificam cinco indivíduos que definem práticas centradas na família com foco no profissional, tais como: *“práticas que dizem respeito à intervenção com base na educação*

terapêutica da família e as modificações de contexto da mesma, de modo a melhorar o desempenho da criança”, “fornecer estratégias para ajudar os cuidadores a lidarem melhor com as suas crianças” e “fornecimento de estratégias para aquisição dos objetivos” e “capacitar os pais para aplicarem as estratégias dadas”, indicando aqui a existência de profissionais com crenças baseadas no modelo clínico.

Porém, para se poder confirmar esses pressupostos são necessários estudos que analisem os planos curriculares dos cursos de TO em Portugal, pois os existentes na área da IP utilizam amostras com grupos de profissionais de diferentes disciplinas (Figueiredo, 2002; Gonçalves, 2005; Rodrigues, 2003).

De facto, a formação dos profissionais revela um papel muito importante nas características das práticas profissionais, tendo sido a falta/insuficiente formação dos profissionais uma das barreiras mais mencionadas para adoção das práticas recomendadas em IP nos nossos dados qualitativos. A estatística inferencial da influência da variável formação especializada e contínua corrobora estas afirmações, confirmando-se assim a **Hipótese 4 - A detenção de formações especializadas e contínuas influencia a utilização das práticas recomendadas em IP**. Verificaram-se resultados muito interessantes que reforçam importância da formação, principalmente da formação contínua, para a adoção de práticas recomendadas em IP.

Assim, o que se verifica é que a detenção de formação especializada apenas influencia a adoção da Prática Relacional - ***Interaço com a família de forma calorosa, cuidada e empática*** – sendo mais utilizada pelos profissionais com formação especializada. Como referido na literatura (Dunst & Espe-Sherwindt, 2016; Pinto et al., 2012; Sukkar, 2016), interagir de forma calorosa, cuidada e empática não significa que o profissional utilize práticas centradas na família, sendo as práticas participativas que mais predizem benefícios para as crianças e suas famílias em IP. Tal como no estudo de Pereira (2009), no nosso estudo, a variável formação especializada não influencia a utilização de práticas participativas nem das outras componentes das práticas recomendadas em IP. Estes resultados podem dever-se ao facto de as formações especializadas mais frequentadas serem maioritariamente na área da saúde ou aspetos específicos do desenvolvimento, e não na área da Intervenção Precoce.

É de notar que apenas quatro sujeitos detêm de formação especializada na área de intervenção precoce, comparativamente com os vinte com Pós-graduação/Mestrado em Integração Sensorial, refletindo a importância que os profissionais colocam nas formações que potenciam o desenvolvimento da qualidade técnica e dos conhecimentos clínicos específicos da área da TO. Resultados semelhantes foram descritos no estudo de Ashburner (2014) e Kadar, McDonald, and Lentin (2012), em que a maioria

dos terapeutas ocupacionais que trabalham com crianças com autismo indicaram preferência por frequentar cursos/formações baseadas na abordagem de Integração Sensorial em detrimento de outros. Perante esses resultados, Kadar et al. (2012) assinalou uma preocupação sobre a possibilidade da maioria das intervenções serem com foco na remediação das dificuldades sensoriais das crianças, e que sejam esquecidas as suas necessidades ocupacionais e das suas famílias.

Por outro lado, os indivíduos detentores de formação contínua na área da IP demonstram diferenças significativas nas práticas relacionais, participativas e outras componentes das práticas recomendadas em IP. Assim verifica-se uma influência deste tipo de formação nas práticas relacionais – ***Comunico com e sobre a família de forma positiva; Foco-me nos pontos fortes e valores da família e dos seus membros*** -, nas outras componentes das práticas recomendadas em IP – ***Avalio de forma aprofundada as rotinas da criança no jardim-de-infância e identifico as mais preocupantes para a educadora/família; Trabalho com a família e outros adultos para modificar e adaptar o ambiente físico, social e temporal para promover o acesso e a participação da criança nas experiências de aprendizagem*** -, mas principalmente nas práticas participativas – ***Procuro e promovo de forma contínua a opinião da família, bem como a sua participação ativa no que se refere aos objetivos por ela identificados; Encorajo e apoio a família a utilizar as suas potencialidades e capacidades como forma de alcançar os objetivos desejados; Ajudo a família a considerar soluções que incluam uma ampla gama de recursos da família e da comunidade, para atingir os objetivos desejados; Trabalho com a família de forma flexível e individualizada; e Ajudo a família a ter uma abordagem positiva e planeada para atingir os objetivos desejados***, sendo que os profissionais que possuem formação contínua apresentam maior utilização de práticas recomendadas em IP.

Analisando as temáticas das formações contínuas mencionadas verifica-se uma prevalência marcada de formações ministradas pela ANIP na área da Intervenção Precoce, revelando aqui o papel primordial das formações específicas de IP na adoção das práticas recomendadas em IP, principalmente nas práticas participativas, componente essencial da eficácia das práticas centradas na família (Bruder & Dunst, 2008). De relevar a semelhança destes resultados com outros estudos da área (Dunst, Espe-Sherwindt, & Hamby, 2019; Pereira, 2009) que concluem que quem participa em ações de desenvolvimento profissional na área de IP, nomeadamente palestras, formações, entre outras, dá mais importância e utiliza com mais frequência as práticas centradas na família, principalmente as práticas participativas (Dunst et al., 2019).

Em síntese, o nosso estudo comprova e ressalva a importância da formação contínua no âmbito da IP no aumento da competência dos profissionais para utilizar as PCF, assim como vários estudos e literatura da área (Bluestone et al., 2013; Campbell & Sawyer, 2009; Cordingley, 2008; Dinnebeil et al., 1996; Dunst, 2016; Dunst et al., 2019; Dunst, Trivette, & Deal, 2011; Espe-Sherwindt, 2008; Fordham et al., 2011; Hiebert-Murphy et al., 2011, 2016; Karlsson, Björck-Åkesson, & Granlund, 2008; Pereira, 2009; Swanson, Raab, & Dunst, 2011; Vilaseca et al., 2018), nomeadamente formações que utilizem métodos de formação ativa, tais como, *coaching*, *feedback* do desempenho e reflexão das práticas, sendo estes os métodos que os profissionais também devem utilizar no trabalho com as famílias (Bluestone et al., 2013; Dunst, Bruder, & Hamby, 2015; Dunst et al., 2019; Dunst & Hamby, 2015; Dunst, Trivette, & Hamby, 2010; Vilaseca et al., 2018).

Relativamente à variável experiência em ELI, apesar de não demonstrar tanta influência na utilização das práticas recomendadas em IP como a variável formação contínua, verifica-se que os profissionais com experiência em ELI demonstram uma maior adoção da prática participativa – ***“Ajudo a família a considerar soluções que incluam uma ampla gama de recursos da família e da comunidade, para atingir os objetivos desejados”*** – e na prática – ***“Trabalho com a família e outros adultos para modificar e adaptar o ambiente físico, social e temporal para promover o acesso e a participação da criança nas experiências de aprendizagem”***, permitindo assim confirmar a ***Hipótese 3 - A experiência em ELI influencia a utilização das práticas recomendadas em IP.***

Tanto uma prática como a outra, atrás mencionadas, são focadas na participação da criança e sua família na comunidade e na busca de respostas para as suas necessidades. Sendo estes um dos principais focos da intervenção da IP (Guralnick, 2017), a experiência em ELI parece estar a dotar os profissionais de competências de capacitação familiar na procura de apoios na comunidade e nos contextos naturais (Dunst et al., 2014; Fingerhut et al., 2013; Pereira, 2009). Da mesma forma, a ausência de experiência nas ELI e de formação na área de IP poderá limitar as competências dos profissionais para capacitarem as famílias.

Do conhecimento das investigadoras, apenas o estudo de Fingerhut et al. (2013) analisa a utilização das práticas centradas na família dos terapeutas ocupacionais que trabalham fora dos projetos públicos de IP, nomeadamente nos contextos de casa, clínica e escola. Estes revelaram que todos estes profissionais utilizam práticas centradas na família, no entanto estas variam de acordo com os contextos:

os que trabalham em contexto de domicílio são os que utilizam mais as PCF e os que trabalham em contexto escolar são os que utilizam menos. Estudos com outros profissionais de intervenção precoce também concluem que o contexto habitacional é o que promove a maior utilização de PCF (Dunst et al., 2014; Pereira, 2009), ressaltando assim a importância dos contextos naturais, principalmente aqueles em que a criança interage com a sua família.

Em Portugal, de acordo com os dados do relatório de atividades do SNIPI 2017 (Sistema Nacional de Intervenção Precoce, 2017) a prestação do apoio ocorre 48.7% em contexto escolar e 13.5% no contexto domiciliário, aspeto que necessita de maior atenção por parte do SNIPI no sentido de promover uma maior prestação de apoio no contexto domiciliário.

Outro dado interessante centra-se na influência da variável papéis de parentalidade (i.e., se os profissionais têm ou não filhos) na utilização das práticas participativas, nomeadamente das práticas: **“Ajuda a família a considerar soluções que incluam uma ampla gama de recursos da família e da comunidade, para atingir os objetivos desejados”** e **“Trabalho com a família de forma flexível e individualizada”**. Os nossos resultados indicam que os profissionais com filhos utilizam com mais frequência estas duas práticas, aceitando-se assim a ***Hipótese 2 - Os papéis de parentalidade dos profissionais influenciam a utilização das práticas recomendadas em IP.***

Porém, a justificação para estes dados pode assentar em dois pontos: os profissionais com filhos são aqueles que detêm de mais tempo de experiência profissional e de experiência em ELI, variáveis que, como vimos, influenciam a adoção das duas práticas mencionadas ou, outra explicação remete-nos para o facto de os papéis de parentalidade potenciarem o desenvolvimento de uma maior compreensão e respeito pelos hábitos, rotinas, sobrecarga e horários das famílias, fazendo com que o técnico trabalhe de forma mais flexível, individualizada e capacitando a família para a obtenção de soluções na família alargada e na comunidade e não tanto nos serviços. No entanto, mais estudos teriam que ser realizados no sentido de analisar este pressuposto.

Em síntese, verificam-se que as variáveis que influenciam as práticas relacionais são: tempo de experiência, formação especializada e formação contínua.

As que influenciam as práticas participativas são: tempo de experiência, existência de filhos, experiência em ELI e formação contínua.

Relativamente à utilização das outras componentes das práticas verifica-se a influência das variáveis: experiência em ELI e formação contínua.

Várias foram as barreiras às práticas recomendadas mencionadas pelos profissionais, mas é de destacar que tanto aqueles com experiência em ELI como os restantes mencionaram com bastante frequência barreiras relacionadas com a atitudes/comportamentos/características das famílias. Assim, os profissionais percebem que as atitudes/comportamentos/características das famílias constituem uma barreira à utilização das práticas recomendadas. Estes referem, em particular, a existência de “famílias que não colaboram” devido ao seu “nível educacional” e à “sobrecarga” e, ainda, “falta de tempo dos pais” devido aos seus “horários de trabalho”. Estes resultados são concordantes com as barreiras identificadas pelos profissionais das ELI no estudo de Pereira (2009).

No estudo de Bruder & Dunst (2005 citado em Dunst et al., 2014) que afirma que um dos fatores que influencia a adesão das famílias à intervenção é a falta de competências dos profissionais para envolver a família. Essas competências, segundo Maia (2012), refletem-se pela não adesão e valorização das práticas centradas na família que pode ser influenciado por: a) características inerentes aos profissionais, nomeadamente pelas atitudes e crenças do mesmo, anteriores à prestação de apoio às famílias; b) pelos seus comportamentos, demonstrados nos estilos de interação que assumem com as famílias e c) pelas respostas e resultados do apoio prestado às famílias (Dunst, Trivette, Davis et al., 1994 citado em Maia, 2012).

Ainda no nosso estudo, um grande número fragilidades relacionadas com os profissionais também foi mencionado, tais como a formação (“falta de formação específica na área da IP”) e as atitudes/comportamentos/crenças dos profissionais, nomeadamente “as crenças e valores dos profissionais e a dificuldade dos mesmos em deixar o seu papel de “peritos””.

De facto, e como acima mencionado, estas crenças dos profissionais influenciam largamente a importância e frequência de utilização das práticas recomendadas em IP. Estas podem ser modificadas, uma vez mais, com recurso à formação, especialmente aquela que envolva métodos ativos de ensino e que potencie a reflexão das práticas e das crenças pessoais aos profissionais, promovendo a desconstrução das mesmas e a sintonia cognitiva entre o que o profissional acredita e as suas práticas (Campbell & Sawyer, 2009).

De notar ainda, que os inquiridos deste estudo referem que o facto de o ensino dos profissionais e a prática de várias instituições ainda se reger pelo modelo clínico, constitui uma barreira na aceitação da abordagem centrada na família. Esta situação também se verifica no caso das famílias e educadores (“As famílias na sua generalidade querem intervenção direta dos técnicos e as educadoras também”).

Os profissionais com experiência em ELI destacam ainda como barreira à aplicação das práticas aspetos relacionados com o sistema, nomeadamente funcionamento/políticas de IP e o rácio famílias/profissionais, afirmando o excesso de “Burocracia inerente ao SNIP” e de “Crianças por Gestor” que condiciona “o tempo disponível para articular com todos os intervenientes no processo”.

Estas dificuldades também foram encontradas no estudo de Pereira (2009) e no de Campbell e Halbert (2002), apontando uma necessidade de recursos humanos e uma simplificação da burocracia exigida, pois o tempo disponível para articular com a família e/ou equipa é fundamental na prestação de apoio em IP (Almasri et al., 2011; Jeglinsky et al., 2011).

Os profissionais sem experiência em ELI mencionaram ainda barreiras relativas à formação dos profissionais, constrangimentos de tempo/horários dos profissionais, mas também referem dificuldades de colaboração dos contextos educativos (principalmente educadoras) e as dificuldades de articulação com a equipa (principalmente por falta de tempo dos profissionais). A importância da articulação dos serviços é valorizada em vários estudos da área (Buran, Sawin, Grayson, & Criss, 2009; Darrah, Wiart, Magill-Evans, Ray, & Andersen, 2012; Maia, 2012) sendo a sua operacionalização de extrema importância numa prestação de serviços centrado na família e tendo em conta as práticas recomendadas em IP (Division of Early Childhood, 2014; Early Childhood Intervention Australia, 2016).

Em forma de síntese, podemos apontar resultados positivos relativamente à perceção da utilização das práticas recomendadas em IP pelos terapeutas ocupacionais, e um equilíbrio entre o uso das práticas relacionais e participativas pelos mesmos. Além disso podemos também verificar no nosso estudo que a adesão às práticas é influenciada pelas características dos profissionais, nomeadamente as crenças, a experiência profissional e, principalmente a formação. Reforça-se uma vez mais neste estudo, não só a importância da formação que utilize formas de ensino ativas e de *coaching*, que fomentem a reflexão e o *feedback* das práticas, mas também a introdução dos princípios da IP nos cursos de formação inicial de terapia ocupacional e a menção dos mesmos nos diferentes congressos, formações especializadas e contínuas referentes à intervenção com crianças dos 0 aos 6 anos, nomeadamente os conceitos referentes às práticas centradas na família.

Por fim, pelos resultados qualitativos do estudo ainda se revelam atitudes de pouca compreensão para com as famílias, bem como dificuldades numa prestação de apoio flexível e individualizada, de forma a que potencialize a colaboração das mesmas.

Deste modo, estes dados devem servir para incentivar os profissionais a procurar atividades de desenvolvimento profissional que incidam nos temas das Práticas Recomendadas em IP, visto serem

práticas que trazem resultados mais positivos, não só para as crianças, mas também para as suas famílias.

Adicionalmente, este estudo permite que se repense o modo como os profissionais interagem com as famílias e de como estes disponibilizam a informação às mesmas no sentido de a empoderar da tomada de decisões, fomentando assim sentimentos de autoeficácia e consequentemente maior adesão à intervenção.

CAPÍTULO V – CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

No decorrer do trabalho fomos referindo por diversas vezes o termo “práticas recomendadas em IP” como sendo frequentemente associado às práticas centradas na família. Tal como o nome indica, estas práticas colocam a família no centro da intervenção, e não somente a criança, fomentando o desenvolvimento de uma relação e colaboração constante entre a família e o profissional, oferecendo assim resultados melhores e mais prolongados às crianças e suas famílias. Esta colaboração tem como objetivo potenciar o desenvolvimento de competências da família para lidar com os diferentes acontecimentos das suas vidas e da sua criança, estimular as interações pais-criança, aumentar o sentido de autoeficácia da família, entre outros.

A utilização destas práticas demonstra produzir resultados não só no desenvolvimento da criança, mas também no funcionamento familiar, no sentido em que aumenta o sentimento de autoeficácia da família e consequentemente o seu bem-estar e a disponibilidade emocional para a interação com a sua criança (Dunst & Trivette, 2005a; Dunst & Trivette, 2005b; Dunst & Trivette, 2009; Dunst et al., 2006, 2007; Fordham et al., 2011; Levine, 2013).

Deste modo, a avaliação da utilização das práticas recomendadas em IP pelos profissionais é fulcral, nomeadamente das práticas centradas na família, no sentido de se identificar medidas/soluções para a otimização dos serviços prestados às famílias. Estudos neste âmbito foram desenvolvidos por vários investigadores, mas normalmente focam-se nas práticas utilizadas pelos profissionais afetos aos projetos públicos de intervenção precoce e, dada a existência de um grande número de profissionais a exercer fora dos projetos públicos de intervenção precoce e a dificuldade das ELI em prestar apoio a todas as famílias, é fundamental a implementação destas práticas por todos os profissionais que trabalham com crianças dos 0 aos 6 anos, no sentido da prestação do melhor serviço possível a todas as crianças e suas famílias, quer sejam, ou não, abrangidas pelo SNIPI.

Os resultados do nosso estudo com terapeutas ocupacionais (pertencentes ou não às ELI) indicam que estes profissionais percecionam a sua utilização das práticas recomendadas em IP de forma bastante positiva, principalmente aquelas relativas à intervenção nos contextos naturais, bem como têm presente algumas assunções sobre o que são as práticas centradas na família. Foi notório um equilíbrio na utilização das práticas relacionais e participativas, contrariamente a estudos mais antigos.

Estes dados figuram-se positivos pois as práticas participativas são a componente essencial das práticas centradas na família pois são aquelas que mais promovem resultados positivos tanto para a criança, como para a família (Dunst, Trivette, & Hamby, 2007).

Contudo, é sabido que a implementação destas práticas é árdua pois exige uma mudança de paradigma de intervenção totalmente oposta aquela que era o modelo de intervenção tradicional – o modelo clínico (Dunst, 2016; Espe-Sherwindt, 2008; McWilliam et al., 2000; Sukkar, 2016; Tegethof, 2007; Vilaseca et al., 2018) e que as perceções dos profissionais muitas vezes não correspondem às práticas reais (Dunst, Bruder & Espe-Sherwindt, 2014). Essa mudança no paradigma de intervenção é dificultada pela adesão dos profissionais, instituições, educadores e famílias ao modelo clínico, mas também pelas crenças pessoais e falta de formação específica dos profissionais.

De seguida gostaríamos de ressaltar alguns dos resultados do nosso estudo, já devidamente fundamentados no capítulo da discussão.

No que toca à formação contínua, ao tempo de experiência profissional e à experiência em ELI podemos concluir que os terapeutas ocupacionais que detêm deste tipo de formação, bem como os que detêm de maior tempo de experiência profissional e/ou experiência em ELI obtiveram melhores resultados nas práticas recomendadas em IP, nomeadamente nas práticas participativas.

Estes dados demonstram a influência que o trabalho das ELI tem tido nas práticas dos profissionais, bem como a importância da (in)formação/supervisão das práticas centradas na família que tem sido feito ao longo dos anos (principalmente por associações como a ANIP) e, ainda, permitem reforçar a necessidade de dar continuidade a esse trabalho e, se possível, alargando-o a todos os profissionais e instituições que prestem apoio a crianças dos 0 aos 6 anos, e não somente aos profissionais das ELI.

Por outro lado, não podemos deixar de parte o facto de a formação especializada não ter tido influência na frequência de utilização das práticas participativas, que pode ser explicado pelo baixo número de formação na área das PCF. De igual modo, também se revelou uma menor utilização das práticas recomendadas nos terapeutas ocupacionais recém-formados o que pode indicar uma lacuna na formação inicial destes terapeutas na área da intervenção precoce, nomeadamente na área das práticas centradas na família.

As características da formação para os profissionais também é um aspeto enfatizado neste estudo, demonstrando, através da nossa pesquisa, a importância que as ações de desenvolvimento profissional recorram a métodos de aprendizagem ativos, tais como o *coaching*, o *role-play*, a reflexão e

feedback das práticas, como por exemplo através da visualização de vídeos, entre outros métodos, pois são estes que realmente se figuram os mais eficazes na desconstrução das crenças dos profissionais.

Expressando agora a minha experiência pessoal relativamente a este tema, das vezes que pude experienciar, durante a minha formação inicial e especializada, aulas que recorreram a este tipo de métodos, pude verificar uma assimilação dos conhecimentos muito mais prolongada no tempo, bem como uma maior consciencialização para as atitudes que temos e devemos ter para com as famílias e uma maior compreensão para com os seus sentimentos, emoções, ações e dúvidas.

Essa compreensão, cremos que também possa ser desenvolvida quando os profissionais passam por experiências pessoais semelhantes à das famílias, como por exemplo o nascimento de um filho, uma perda de emprego, uma doença, entre outros acontecimentos. No nosso estudo, os papéis de parentalidade demonstraram ter influência na utilização das Práticas Recomendadas em IP, porém mais estudos necessitam de ser realizados nesse âmbito.

Outro aspeto que gostaríamos de salientar é que, através da pesquisa realizada, verificou-se que as práticas recomendadas em IP, nomeadamente as práticas centradas na família, ocorrem mais frequentemente quando o apoio é prestado nos contextos naturais, designadamente na habitação das famílias (Dunst et al., 2014; Pereira, 2009; Fingerhut et al., 2013). Estes dados indicam-nos que os profissionais devem, sempre que possível, optar por intervenções flexíveis aos horários e rotinas da família e de preferência no contexto habitacional das mesmas.

Do relatório de atividades do SNIPI de 2017 (Sistema Nacional de Intervenção Precoce, 2017), sabemos que nem sempre isso ocorre pelo que é um aspeto que deve ser tido em atenção.

A identificação das barreiras às práticas recomendadas em IP, mostra-nos que os profissionais percecionam (com elevada frequência) as atitudes/comportamentos/características das famílias como uma barreira às práticas, indicando a prevalência de crenças negativas relativamente ao papel e competências das famílias.

Ainda assim, também foram mencionadas com bastante frequência barreiras relacionadas com os profissionais, nomeadamente as suas atitudes/comportamentos/crenças, a formação e a escassa articulação com os mesmos. Os profissionais com experiência em ELI para além destas barreiras ainda mencionaram barreiras relacionadas com o SNIPI. Estes resultados indicam, segundo Pereira (2009), uma consciencialização dos profissionais em relação à possibilidade de melhorar as suas práticas.

Deste modo, assume-se que muito trabalho ainda necessita de ser feito relativamente às barreiras mencionadas, nomeadamente na formação dos profissionais e no funcionamento das ELI, visto que foram mencionadas barreiras semelhantes às aquelas mencionadas em estudos de há mais de uma década atrás (Bailey Jr et al., 1999; Bruce et al., 2002; Bruder, 2000; Dunst et al., 1991; Pereira, 2009).

Por fim, acreditamos que este estudo possa contribuir para consciencializar os terapeutas ocupacionais sobre as práticas centradas na família como práticas recomendadas e com evidência na área da intervenção precoce, ajudando-os a compreender e utilizar as práticas recomendadas em IP e, consequentemente, incentivando-os a incluir cada vez mais a família na sua equipa.

Acreditamos ainda que o estudo tenha contribuído para reforçar a conceção de que as práticas recomendadas em IP são melhor conseguidas quanto mais formação ocorrer neste âmbito, devendo esta começar nos cursos de formação inicial dos profissionais.

Os resultados obtidos neste estudo devem ser analisados com precaução, devido ao facto de que as percepções que os profissionais detêm das suas práticas muitas vezes não corresponder à realidade das suas práticas (Dunst, Bruder & Espe-Sherwindt, 2014), mas também devido a algumas limitações que foram surgindo, nomeadamente no que diz respeito à obtenção da amostra que, por se tratar de uma amostra por conveniência introduziu-nos uma outra limitação que diz respeito a amostra ser constituída por indivíduos de maioritariamente três distritos do país: Porto, Braga e Lisboa. Por outro lado, o facto de algumas ELI não terem respondido aos *e-mails*, ou outras até nem deterem de terapeutas ocupacionais nas suas equipas, resultou num número baixo de inquiridos com experiência em ELI.

Outra limitação encontrada prende-se com o a escala de *Likert* utilizada que, para além de não ser simétrica, é cotada de forma inversa à sua interpretação, isto é, o número 1 corresponde à interpretação “a prática é utilizada sempre”, dificultando assim a leitura dos dados. Optou-se por manter esta forma de cotação visto que é a correspondente à *checklist* original.

Para além disso, a extensão do questionário e o facto de não se ter tido contacto com os inquiridos, poderá aumentar a possibilidade de existirem respostas enviesadas por falta de envolvimento/tempo para a realização do questionário, fazendo com que os inquiridos muitas vezes não aprofundassem as questões abertas nem exemplificassem em que medida utilizam as práticas.

A importância da avaliação das práticas profissionais na intervenção precoce foi comprovada nesta e em outras investigações da área, sugerindo-se assim o seu seguimento. A partir desta investigação, sugerem-se então os seguintes temas de investigação futura:

- Realização de estudos de validação da *Family-Centered Practices Checklist*, em Portugal;
- Realizar estudos de abordagem qualitativa da utilização das práticas centradas na família com amostras semelhantes à deste estudo;
- Avaliação das práticas centradas na família entre os diferentes grupos de terapeutas isoladamente e estudos comparativos desses grupos;
- Realizar estudos de abordagem qualitativa sobre as preferências de formação dos profissionais e as razões;
- Realizar estudos qualitativos sobre o ensino das práticas centradas na família nos diferentes cursos de formação inicial dos terapeutas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almasri, N. A., Palisano, R. J., Dunst, C. J., Chiarello, L. A., O'Neil, M. E., & Polansky, M. (2011). Determinants of needs of families of children and youth with cerebral palsy. *Children's health care, 40*(2), 130-154.
- Almeida, C. (2013). *Transdisciplinaridade em intervenção precoce na infância: Percepção de uma Equipa Local de Intervenção* (Master's thesis, Escola Superior de Educação Almeida Garrett). Retrieved from:
<http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/4025/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Carla%20-%20C%c3%b3pia.pdf?sequence=1>.
- Almeida, I. C. (2008). *Estudos sobre a intervenção precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias* (Unpublished doctoral dissertation). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Almeida, I. C. (2010). O modelo de intervenção centrado na família: Da teoria à prática. *Revista Diversidades, 27*, 12-16.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2017). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5ª Edição ed.). Braga: Psiquilibrios.
- American Occupational Therapy Association. (2014a). *Frequently Asked Questions (FAQ): What is the Role of Occupational Therapy in Early Intervention?*. Bethesda: American Occupational Therapy Association.
- American Occupational Therapy Association. (2014b). *Occupational therapy practice framework: Domain and process* (3rd ed.). American Journal of Occupational Therapy, 68(Suppl. 1), S1– S48.
 Retrived from: <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>
- Arbesman, M., Lieberman, D., & Berlanstein, D. R. (2013). Method for the systematic reviews on occupational therapy and early intervention and early childhood services. *American Journal of Occupational Therapy, 67*(4), 389-394.
- Ashburner, J., Rodger, S., Ziviani, J., & Jones, J. (2014). Occupational therapy services for people with autism spectrum disorders: Current state of play, use of evidence and future learning priorities. *Australian Occupational Therapy Journal, 61*(2), 110-120.

- Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais. (2015). *Retrato dos terapeutas ocupacionais em Portugal*.
- Bailey Jr, D. B., Aytch, L. S., Odom, S. L., Symons, F., & Wolery, M. (1999). Early intervention as we know it. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 5(1), 11-20.
- Bailey Jr, D. B., Palsha, S. A., & Simeonsson, R. J. (1991). Professional skills, concerns, and perceived importance of work with families in early intervention. *Exceptional Children*, 58(2), 156-165.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bloch, Elise M., "Occupational therapists' attitudes toward family-centered care" (2004). *FIU Electronic Theses and Dissertations*. 2016. Retrived from: <https://digitalcommons.fiu.edu/etd/2016>
- Bluestone, J., Johnson, P., Fullerton, J., Carr, C., Alderman, J., & BonTempo, J. (2013). Effective in-service training design and delivery: evidence from an integrative literature review. *Human resources for health*, 11(1), 51.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA, : Sage Publications Ltd.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In R. M. Lerner (Ed.) *Handbook of child development: Vol. 1. Theoretical models of human development* (6th ed., pp. 793 – 828). Hoboken, NJ: Wiley.
- Bruce, B., Letourneau, N., Ritchie, J., Larocque, S., Dennis, C., & Elliott, M. R. (2002). A multisite study of health professionals' perceptions and practices of family-centered care. *Journal of family nursing*, 8(4), 408-429.
- Bruder, M. B. (2000). Family-centered early intervention: Clarifying our values for the new millennium. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 105-115.
- Bruder, M. B., & Dunst, C. J. (2005). Personnel preparation in recommended early intervention practices: Degree of emphasis across disciplines. *Topics in Early Childhood Special Education*, 25(1), 25-33.
- Bruder, M. B., & Dunst, C. J. (2008). Factors related to the scope of early intervention service coordinator practices. *Infants & Young Children*, 21(3), 176-185.

- Buran, C. F., Sawin, K., Grayson, P., & Criss, S. (2009). Family needs assessment in cerebral palsy clinic. *Journal for specialists in Pediatric nursing*, 14(2), 86-93.
- Campbell, P. H., & Halbert, J. (2002). Between research and practice: Provider perspectives on early intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 22(4), 213-226.
- Campbell, P. H., & Sawyer, L. B. (2009). Changing early intervention providers' home visiting skills through participation in professional development. *Topics in Early Childhood Special Education*, 28(4), 219-234.
- Carvalho, L., Almeida I., Felgueiras, I., Leitão, S., Boavida, J., Santos, P., Serrano, A., Brito, T., Pimentel, J., Pinto, A., Grande, C., Brandão, T., Franco, V. (2016). *Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um guia para profissionais*. Coimbra: ANIP
- Cordingley, P. (2008). Research and evidence-informed practice: focusing on practice and practitioners. *Cambridge Journal of Education*, 38(1), 37-52.
- Costa, C. M. F. d. (2017). *Práticas centradas na família e os resultados familiares: avaliação de práticas de intervenção precoce na perspetiva da família*. (Master's thesis, Universidade do Minho). Retrieved from: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/46251/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Mestrado%20IP.pdf>
- Darrah, J., Wiart, L., Magill-Evans, J., Ray, L., & Andersen, J. (2012). Are family-centred principles, functional goal setting and transition planning evident in therapy services for children with cerebral palsy? *Child: care, health and development*, 38(1), 41-47.
- Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro. Diário da República, 1. série, N.º 193.
- Dempsey, I., Keen, D., Pennell, D., O'Reilly, J., & Neilands, J. (2009). Parent stress, parenting competence and family-centered support to young children with an intellectual or developmental disability. *Research in developmental disabilities*, 30(3), 558-566.
- Despacho conjunto n.º 891/99. Diário da República, 2. série, N.º 244 de 19 de Outubro de 1999. Ministérios da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade.
- Dinnebeil, L. A., Hale, L. M., & Rule, S. (1996). A qualitative analysis of parents' and service coordinators' descriptions of variables that influence collaborative relationships. *Topics in Early Childhood Special Education*, 16(3), 322-347.

- Division for Early Childhood. (2014). *DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education 2014*. Retrieved from <http://www.dec-sped.org/recommendedpractices>
- Dunst, C. J. (1985). Rethinking early intervention. *Analysis and intervention in developmental disabilities*, 5(1-2), 165-201.
- Dunst, C. J. (1997). Conceptual and empirical foundations of family-centered practice. In R. J. Illback, C. T. Cobb, & H. M. Joseph, Jr. (Eds.), *Integrated services for children and families: Opportunities for psychological practice* (pp. 75-91). Washington, DC, US: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/10236-004>
- Dunst, C. J. (2000). Revisiting "Rethinking Early Intervention". *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 95-104. doi: 10.1177/027112140002000205
- Dunst, C. J. (2016). Family systems early childhood intervention. In H. Sukkar, C. J. Dunst, & J. Kirkby (Ed.), *Early Childhood Intervention: Working with Families of Young Children with Special Needs* (pp. 38-60). Abingdon, Oxfordshire: Routledge.
- Dunst, C. J., Boyd, K., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2002). Family-oriented program models and professional helping practices. *Family relations*, 51(3), 221-229.
- Dunst, C. J., Bruder, M. B., & Espe-Sherwindt, M. (2014). Family Capacity-Building in Early Childhood Intervention: Do Context and Setting Matter? *School Community Journal*, 24(1), 37-48.
- Dunst, C. J., Bruder, M. B., & Hamby, D. W. (2015). Metasynthesis of in-service professional development research: Features associated with positive educator and student outcomes. *Educational Research and Reviews*, 10(12), 1731-1744.
- Dunst, C. J., & Espe-Sherwindt, M. (2016). Family-Centered Practices in Early Childhood Intervention. In B. Reichow, B. Boyd, E. Barton & S. Odom (Eds.), *Handbook of Early Childhood Special Education* (pp. 37-55): Springer, Cham.
- Dunst, C. J., Espe-Sherwindt, M., & Hamby, D. W. (2019). Does Capacity-Building Professional Development Engender Practitioners' Use of Capacity-Building Family-Centered Practices? *European Journal of Educational Research*, 8(2), 515-526.
- Dunst, C. J., & Hamby, D. W. (2015). A case study approach to secondary reanalysis of a quantitative research synthesis of adult learning practices studies. *International Journal of Learning, Teaching and Educational Research*, 13(3).

- Dunst, C. J., Johanson, C., Trivette, C. M., & Hamby, D. (1991). Family-oriented early intervention policies and practices: Family-centered or not? *Exceptional Children*, 58(2), 115-126.
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (2005a). Characteristics and consequences of family-centered helpgiving practices. *CASEmakers*, 1(6), 1-4.
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (2005b). *Measuring and evaluating family support program quality*. Asheville, NC: Winterberry Press (Winterberry Press Monograph Series).
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (2009). Capacity-Building Family-Systems Intervention Practices. *Journal of Family Social Work*, 12(2), 119-143. doi: 10.1080/10522150802713322
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (2009). Meta-analytic structural equation modeling of the influences of family-centered care on parent and child psychological health. *International journal of pediatrics*, epub 576840.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (2011). Effects of in-service training on early intervention practitioners' use of family-systems intervention practices in the USA. *Professional Development in Education*, 37(2), 181-196.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2006). *Family Support Program Quality and Parent, Family and Child Benefits*. Asheville, NC: Winterberry Press.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2007). Meta-analysis of family-centered helpgiving practices research. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 13(4), 370-378.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2008). *Research Synthesis and Meta-Analysis of Studies of Family-Centered Practices*. Asheville, NC: Winterberry Press.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2010). Meta-analysis of the effectiveness of four adult learning methods and strategies: Supplemental tables and references. *International Journal of Continuing Education and Lifelong Learning*, 3(1), 91-112.
- Early Childhood Intervention Australia Ltd. (2016). *The National Best Practice guidelines for Early Childhood Intervention*. Sydney: Early Childhood Intervention Australia.
- Early Childhood Technical Assistance Center. (2018). *Family Capacity-Building Practices Checklist*.
- Edwards, M. A., Millard, P., Praskac, L. A., & Wisniewski, P. A. (2003). Occupational therapy and early intervention: a family-centred approach. *Occupational therapy international*, 10(4), 239-252.

- Espe-Sherwindt, M. (2008a). Family-centred practice: collaboration, competency and evidence. *Support for Learning*, 23(3), 136-143. doi: 10.1111/j.1467-9604.2008.00384.x
- Espe-Sherwindt, M., & Serrano, A. M. (2016). It takes two: The role of family-centered practices in communication intervention. *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología*, 36(4), 162-169.
- Figueiredo, M. M. A. B. (2002). *A formação para a intervenção precoce: estudo exploratório sobre a formação dos educadores de apoio educativo no distrito do Porto*. (Unpublished master's thesis). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Fingerhut, P. E., Piro, J., Sutton, A., Campbell, R., Lewis, C., Lawji, D., & Martinez, N. (2013). Family-centered principles implemented in home-based, clinic-based, and school-based pediatric settings. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(2), 228-235.
- Fordham, L., Gibson, F., & Bowes, J. (2011). Information and professional support: key factors in the provision of family-centred early childhood intervention services. *Child: care, health and development*, 38(5), 647-653.
- Forster, J. (2016). Development of community-based services for children with disabilities and their families. In H. Sukkar, C. J. Dunst & J. Kirkby (Eds.), *Early Childhood Intervention: Working with Families of Young Children with Special Needs* (pp. 143-163). Abingdon, Oxfordshire: Routledge.
- Gallagher, P., Malone, D. M., Cleghorne, M., & Helms, K. A. (1997). Perceived inservice training needs for early intervention personnel. *Exceptional Children*, 64(1), 19-30.
- Garbarino, J., & Abramowitz, R. H. (1992). Sociocultural risk and opportunity. *Children and families in the social environment*, 2, 35-70.
- Gonçalves, M. A. S. (2005). *Contributos para o estudo da relevância da formação inicial do curso de educação de infância, para a prática da intervenção precoce: a formação dos educadores de infância nas ESE's e universidades públicas*. (Unpublished master's thesis). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Guralnick, M. J. (2001). A developmental systems model for early intervention. *Infants and Young Children*, 14(2), 1-18.
- Guralnick, M. J. (2005). An overview of the developmental systems model for early intervention. *The developmental systems approach to early intervention*, 1, 3-28.

- Guralnick, M. J. (2011). Why early intervention works: A systems perspective. *Infants and Young Children*, 24(1), 6.
- Guralnick, M. J. (2017). Early intervention for young children with developmental delays: Contributions of the developmental systems approach. In H. Sukkar, C. J. Dunst, & J. Kirkby (Ed.), *Early Childhood Intervention: Working with Families of Young Children with Special Needs* (pp. 17-36). Abingdon, Oxfordshire: Routledge.
- Hiebert-Murphy, D., Trute, B., & Wright, A. (2011). Parents' definition of effective child disability support services: Implications for implementing family-centered practice. *Journal of Family Social Work*, 14(2), 144-158.
- Hiebert-Murphy, D., Trute, B., & Wright, A. (2016). Implementing family-centred practice in childhood disability services in Manitoba, Canada. In H. Sukkar, C. J. Dunst, & J. Kirkby (Eds.), *Early Childhood Intervention: Working with Families of Young Children with Special Needs* (pp. 197-216). Abingdon, Oxfordshire: Routledge.
- Humphry, R. (1989). Early intervention and the influence of the occupational therapist on the parent-child relationship. *American Journal of Occupational Therapy*, 43(11), 738-742.
- Isabel, F., Bairrão Ruivo, J., & Júlia Serpa, P. (1986). O atendimento precoce de crianças deficientes na DSOP: o Modelo Portage para pais. *Cadernos DSOP*(11/12), 57-61.
- Jeglinsky, I., Autti-Rämö, I., & Brogren Carlberg, E. (2011). Professional background and the comprehension of family-centredness of rehabilitation for children with cerebral palsy. *Child: care, health and development*, 38(1), 70-78.
- Johnston, C., Luscombe, D., & Fordham, L. (2016). Working with families as part of early childhood intervention services: Family-centred practice in an individualised funding landscape. In H. Sukkar, C. J. Dunst, & J. Kirkby (Eds.), *Early Childhood Intervention: Working with Families of Young Children with Special Needs* (pp. 129-142). Abingdon, Oxfordshire: Routledge.
- Kadar, M., McDonald, R., & Lentin, P. (2012). Evidence-based practice in occupational therapy services for children with autism spectrum disorders in Victoria, Australia. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59(4), 284-293.
- Karlsson, M., Björck-Åkesson, E., & Granlund, M. (2008). Changing services to children with disabilities and their families through in-service training—is the organisation affected? *European Journal of Special Needs Education*, 23(3), 207-222.

- Kielhofner, G., & Burke, J. P. (1980). A model of human occupation, part 1. Conceptual framework and content. *American Journal of Occupational Therapy*, 34(9), 572-581.
- Kuhlthau, K. A., Bloom, S., Van Cleave, J., Knapp, A. A., Romm, D., Klatka, K., Homer, C. J., Newacheck P. W., & Perrin, J. M. (2011). Evidence for family-centered care for children with special health care needs: a systematic review. *Academic pediatrics*, 11(2), 136-143. e138.
- Levine, K. (2013). Capacity building and empowerment practice. In B. Trute & D. Hiebert-Murphy (Eds.), *Partnering with parents: Family-centred practice in children's services* (pp. 107-129).
- Mas, J. M., Cañadas, M., Balcells-Balcells, A., Giné, C., Serrano, A. M., & Dunst, C. J. (2018). Psychometric properties of the Spanish version of the family-centred practices scale for use with families of young children receiving early childhood intervention. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(5), 851-861.
- Matalon, B., & Ghiglione, R. (1997). *O Inquirito: Teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora, Lda.
- McBroom, L. A., & Enriquez, M. (2009). Review of family-centered interventions to enhance the health outcomes of children with type 1 diabetes. *The Diabetes Educator*, 35(3), 428-438.
- McWilliam, R. (2012). *Trabalhar com as famílias de crianças com necessidades especiais*. Porto: Porto Editora.
- McWilliam, R., Snyder, P., Harbin, G. L., Porter, P., & Munn, D. (2000). Professionals' and families' perceptions of family-centered practices in infant-toddler services. *Early Education and Development*, 11(4), 519-538.
- Murray, M. M., & Mandell, C. J. (2006). On-the-job practices of early childhood special education providers trained in family-centered practices. *Journal of Early Intervention*, 28(2), 125-138.
- Pereira, A. P. d. S. (2002). Análise das condições de risco numa perspectiva ecológica. *Revista inclusão*, 2, 75-90.
- Pereira, A. P. d. S. (2003). *Práticas centradas na família: Identificação de comportamentos para uma prática de qualidade no distrito de Braga* (Unpublished master's thesis). Universidade do Minho, Braga.
- Pereira, A. P. d. S. (2009). *Práticas centradas na família em intervenção precoce: Um estudo nacional sobre práticas profissionais* (Doctoral dissertation, Universidade do Minho). Retrived from <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9808/1/tese.pdf>

- Pereira, A. P. d. S., & Serrano, A. M. (2010). Abordagem Centrada na Família em Intervenção Precoce: Perspectivas Histórica, Conceptual e Empírica. *Revista Diversidades*, 27, 4-11.
- Pereiro, M. (2000). Contributos para uma análise avaliativa da intervenção precoce – As representações dos profissionais. *A intervenção precoce e a criança com síndrome de Down–Estudos sobre interação*, 177-202.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pimentel, J. (2005). Intervenção focada na família : desejo ou realidade. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Pinto, A. I., Grande, C., Aguiar, C., de Almeida, I. C., Felgueiras, I., Pimentel, J. S., Serrano, A. M., Carvalho, L., Brandão, M. T., Boavida, T., Santos, P., & Lopes-dos-Santos, P. (2012). Early childhood intervention in Portugal: An overview based on the developmental systems model. *Infants & Young Children*, 25(4), 310-322.
- Raghavendra, P., Murchland, S., Bentley, M., Wake-Dyster, W., & Lyons, T. (2007). Parents' and service providers' perceptions of family-centred practice in a community-based, paediatric disability service in Australia. *Child: care, health and development*, 33(5), 586-592.
- Rodrigues, H. (2003). *As necessidades de formação dos educadores de infância de apoio educativo e as necessidades sentidas pelas famílias de crianças com necessidades especiais de educação* (Unpublished Master's thesis). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. *Review of child development research*, 4, 187-244.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. *Handbook of early childhood intervention*, 2, 135-159.
- Sandau-Beckler, P., Salcido, R., Beckler, M. J., Mannes, M., & Beck, M. (2002). Infusing family-centered values into child protection practice. *Children and Youth Services Review*, 24(9-10), 719-741.
- Schaaf, R. C., & Mulrooney, L. L. (1989). Occupational therapy in early intervention: A family-centered approach. *American Journal of Occupational Therapy*, 43, 745–754
- Serrano, A. M., & Boavida, J. (2011). Early Childhood Intervention.: The Portuguese pathway towards inclusion. *Revista de Educación Inclusiva*, 4(1), 123-138.

- Serrano, A. M., Mas, J. M., & Cañadas, M. (2016). Family systems and family-centred intervention practices in Portugal and Spain: Iberian reflections on early childhood intervention *Early Childhood Intervention* (pp. 193-212): Routledge.
- Sistema Nacional de Intervenção Precoce. (2016). *Relatório de Atividades do SNIP - 2015 e 2016*.
- Sistema Nacional de Intervenção Precoce. (2017). *Relatório de Atividades do SNIP - 2017*.
- Sukkar, H. (2016). Working with families to develop parent-professional partnerships: Implications for professional preparation. In H. Sukkar, C. J. Dunst, & J. Kirkby (Ed.), *Early Childhood Intervention: Working with Families of Young Children with Special Needs* (pp. 126-142). Abingdon, Oxfordshire: Routledge.
- Swanson, J., Raab, M., & Dunst, C. J. (2011). Strengthening family capacity to provide young children everyday natural learning opportunities. *Journal of Early Childhood Research*, 9(1), 66-80.
- Tegethof, M. I. S. C. d. (2007). Estudos sobre a intervenção precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias (Doctoral Dissertation, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto). Retrived from <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/47/1/TES%20TEGE1%20-%2017453.pdf>.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2007). *Enabling occupations II: Advancing an occupational therapy vision of health, well-being & justice through occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Trivette, C. M., Dunst, C. J., & Hamby, D. W. (2010). Influences of family-systems intervention practices on parent-child interactions and child development. *Topics in Early Childhood Special Education*, 30(1), 3-19.
- Vilaseca, R. M., Galván-Bovaira, M., González-del-Yerro, A., Baqués, N., Oliveira, C., Simó-Pinatella, D., & Giné, C. (2018). Training needs of professionals and the family-centered Approach in Spain. *Journal of Early Intervention*, 41(2), 87-104.
- Whipple, W. (2014). Key principles of early intervention and effective practices: A crosswalk with statements from discipline specific literature. Retrived from https://ectacenter.org/~pdfs/topics/eiservices/KeyPrinciplesMatrix_01_30_15.pdf
- Wilson, L., & Dunst, C. (2005). Checklist for assessing adherence to family-centered practices. *CASEtools: Instruments and Procedures for Implementing Early Childhood and Family Support Practices*, 1(1), 1-6.

Wilson, L., & Dunst, C. J. (2002). Family-Centered Practices Checklist: Family, Infant and Preschool Program.

Woodside, J. M., Rosenbaum, P. L., King, S. M., & King, G. A. (2001). Family-centered service: developing and validating a self-assessment tool for pediatric service providers. *Children's health care*, 30(3), 237-252

ANEXOS

ANEXO A

ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DAS PRÁTICAS RECOMENDADAS EM INTERVENÇÃO PRECOCE PELOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS

Esta investigação encontra-se sob responsabilidade da mestranda Mónica Guimarães, com orientação da Professora Doutora Ana Maria Serrano, e destina-se à obtenção do grau de mestre em Educação Especial - Especialização em Intervenção Precoce.

O objetivo do estudo é analisar a utilização de práticas recomendadas em Intervenção Precoce pelos terapeutas ocupacionais que exercem/exerceram funções com crianças dos 0 aos 6 anos de idade em Portugal. Adicionalmente também se pretende perceber que fatores podem influenciar a utilização dessas práticas (p.e. formação, fatores pessoais, organizacionais, entre outros).

A participação é voluntária, sendo que será garantida a confidencialidade dos dados e o seu uso apenas para fins de investigação. Por isso mesmo, não é possível identificar qualquer participante através das questões propostas.

***Obrigatório**

1. Aceita participar no estudo? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim, aceito participar no estudo e exerço/exerci funções com crianças dos 0 aos 6 anos de idade

☐ Não aceito participar no estudo ou não exerço/exerci funções com crianças dos 0 aos 6 anos de idade *Pare de preencher este formulário.*

Questionário sócio-demográfico

2. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

☐ Feminino

☐ Masculino

3. Idade *

4. Tem filhos? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

5. Exerce/Exerceu funções em Equipas Locais de Intervenção (ELI)? *

* Estágios curriculares/profissionais ou programas de intervenção precoce similares ao das ELI também podem ser considerados na opção "outros".

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim, exerci no passado
- ☐ Exerço atualmente
- ☐ Nunca exerci
- ☐ Outro: _____

6. Anos de experiência a trabalhar com crianças dos 0 aos 6 anos e suas famílias? *

7. Distrito onde trabalha/trabalhou *

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Aveiro
- ☐ Arquipélago dos Açores
- ☐ Beja
- ☐ Braga
- ☐ Bragança
- ☐ Castelo Branco
- ☐ Coimbra
- ☐ Évora
- ☐ Faro
- ☐ Guarda
- ☐ Ilha da Madeira
- ☐ Leiria
- ☐ Lisboa
- ☐ Portalegre
- ☐ Porto
- ☐ Santarém
- ☐ Setúbal
- ☐ Viana do Castelo
- ☐ Vila Real
- ☐ Viseu

8. Escola de formação inicial (Escola onde obteve a licenciatura em Terapia Ocupacional) *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ CESPU - Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário, CRL.
- ☐ ESS - Escola Superior de Saúde do Porto (antiga ESTSP)
- ☐ ESSA - Escola Superior de Saúde de Alcoitão
- ☐ ESSLei - Escola Superior de Saúde de Leiria
- ☐ Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Beja (IP Beja)
- ☐ Instituto Superior do Alto Ave - ISAVE
- ☐ Outro: _____

9. Possui alguma formação especializada (Mestrado ou Pós-graduação) ? Qual/ Quais? *

Especifique

10. Qual a instituição de ensino onde realizou a formação especializada?

11. Frequentou alguma formação continua no âmbito da Intervenção Precoce? Qual/Quais? *

Por exemplo, formações certificadas ministradas pela ANIP ou outras entidades.

Percepções dos Terapeutas Ocupacionais sobre as práticas centradas na família

Nesta secção do questionário as perguntas são de resposta aberta pelo que pedimos que seja o mais detalhado possível.

Por favor responda de forma direta, tendo em conta os seus conhecimentos, não recorrendo a pesquisas externas para as respostas.

Uma vez mais as respostas serão anónimas.

Caso não saiba responder a alguma pergunta ou a mesma não se aplique à sua situação coloque "Não sei" ou "Não se aplica".

12. **Se exerce ou já exerceu funções em ELI, descreva como foi o processo de adaptação a um modelo transdisciplinar e centrado na família e a sua opinião relativamente à eficácia do mesmo.**

Descreva se foi um processo fácil e quais as maiores facilidades/dificuldades sentidas. Pela sua experiência considera ser um modelo que traz bons resultados? Se nunca exerceu funções em ELI passe esta pergunta à frente.

13. **Conhece o termo Práticas Centradas na Família? Se sim, descreva de forma sucinta o termo e em que contexto o ouviu pela primeira vez. ***

Checklist de Práticas Centradas na Família (Wilson, L & Dunst, C, 2002)

Esta escala diz respeito às práticas centradas na família adotadas no exercício da sua profissão. Classifique de 1 a 4, tendo em conta a sua experiência mais recente, se a prática em questão foi/é utilizada, sendo que:

- 1= Sim, a prática foi utilizada;
- 2= A prática é parcialmente/utilizada por vezes;
- 3= Prática não utilizada;
- 4= Não aplicável, não tive oportunidade para utilizar a prática.

No final de cada prática pode exemplificar em que situações adotou essa prática.

COMPETÊNCIAS INTERPESSOAIS

14. 1- Comunico de forma clara e completa (sem omitir informação), com uma linguagem que se adequa ao estilo da família e ao seu nível de compreensão. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1= Sim, a prática foi utilizada
- ☐ 2= A prática é parcialmente/utilizada por vezes
- ☐ 3= Prática não utilizada
- ☐ 4= Não aplicável, não tive oportunidade para observar a prática

15. Exemplos/Comentários

Descreva um exemplo da forma como utilizou a prática anterior ou porque não a utilizou.

16. 2 - Interao com a família de forma calorosa, cuidada e empática *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1= Sim, a prática foi utilizada
- ☐ 2= A prática é parcialmente/utilizada por vezes
- ☐ 3= Prática não utilizada
- ☐ 4= Não aplicável, não tive oportunidade para observar a prática

17. Exemplos/Comentários

Descreva um exemplo da forma como utilizou a prática anterior ou porque não a utilizou.

18. 3 - Trato a família com dignidade e respeito, sem julgar *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1= Sim, a prática foi utilizada
- ☐ 2= A prática é parcialmente/utilizada por vezes
- ☐ 3= Prática não utilizada
- ☐ 4= Não aplicável, não tive oportunidade para observar a prática

19. Exemplos/Comentários

Descreva um exemplo da forma como utilizou a prática anterior ou porque não a utilizou.

ATITUDES QUE VALORIZAM OS PONTOS FORTES DA FAMÍLIA

20. 4 - Comunico com e sobre a família de forma positiva *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1= Sim, a prática foi utilizada
- ☐ 2= A prática é parcialmente/utilizada por vezes
- ☐ 3= Prática não utilizada
- ☐ 4= Não aplicável, não tive oportunidade para observar a prática

21. Exemplos/Comentários

Descreva um exemplo da forma como utilizou a prática anterior ou porque não a utilizou.

22. 5 - Honro e respeito os valores e crenças pessoais da família *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1= Sim, a prática foi utilizada
- ☐ 2= A prática é parcialmente/utilizada por vezes
- ☐ 3= Prática não utilizada
- ☐ 4= Não aplicável, não tive oportunidade para observar a prática

23. Exemplos/Comentários

Descreva um exemplo da forma como utilizou a prática anterior ou porque não a utilizou.

24. 6 - Foco-me nos pontos fortes e valores da família e dos seus membros. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1= Sim, a prática foi utilizada
- ☐ 2= A prática é parcialmente/utilizada por vezes
- ☐ 3= Prática não utilizada
- ☐ 4= Não aplicável, não tive oportunidade para observar a prática

25. Exemplos/Comentários

Descreva um exemplo da forma como utilizou a prática anterior ou porque não a utilizou.

26. 7- Reconheço a competência da família para alcançar os objetivos por ela indicados. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1= Sim, a prática foi utilizada
- ☐ 2= A prática é parcialmente/utilizada por vezes
- ☐ 3= Prática não utilizada
- ☐ 4= Não aplicável, não tive oportunidade para observar a prática

27. Exemplos/Comentários

Descreva um exemplo da forma como utilizou a prática anterior ou porque não a utilizou.

ESCOLHAS E AÇÃO DA FAMÍLIA

28. 8- Trabalho em colaboração com a família de forma a identificar e abordar os desejos por ela identificados. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1= Sim, a prática foi utilizada
- ☐ 2= A prática é parcialmente/utilizada por vezes
- ☐ 3= Prática não utilizada
- ☐ 4= Não aplicável, não tive oportunidade para observar a prática

29. Exemplos/Comentários

Descreva um exemplo da forma como utilizou a prática anterior ou porque não a utilizou.

30. 9- Encorajo e apoio a família para avaliar e tomar decisões sobre os recursos mais adequados para alcançar os seus objetivos. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1= Sim, a prática foi utilizada
- ☐ 2= A prática é parcialmente/utilizada por vezes
- ☐ 3= Prática não utilizada
- ☐ 4= Não aplicável, não tive oportunidade para observar a prática

31. Exemplos/Comentários

Descreva um exemplo da forma como utilizou a prática anterior ou porque não a utilizou.

32. 10- Procuro e promovo de forma contínua a opinião da família, bem como a sua participação ativa no que se refere aos objetivos por ela identificados. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1= Sim, a prática foi utilizada
☐ 2= A prática é parcialmente/utilizada por vezes
☐ 3= Prática não utilizada
☐ 4= Não aplicável, não tive oportunidade para observar a prática

33. Exemplos/Comentários

Descreva um exemplo da forma como utilizou a prática anterior ou porque não a utilizou.

34. 11- Encorajo e apoio a família a utilizar as suas potencialidades e capacidades como forma de alcançar os objetivos desejados. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1= Sim, a prática foi utilizada
☐ 2= A prática é parcialmente/utilizada por vezes
☐ 3= Prática não utilizada
☐ 4= Não aplicável, não tive oportunidade para observar a prática

35. Exemplos/Comentários

Descreva um exemplo da forma como utilizou a prática anterior ou porque não a utilizou.

36. 12- Forneço oportunidades de participação à família para aprender e desenvolver novas competências. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1= Sim, a prática foi utilizada
☐ 2= A prática é parcialmente/utilizada por vezes
☐ 3= Prática não utilizada
☐ 4= Não aplicável, não tive oportunidade para observar a prática

37. Exemplos/Comentários

Descreva um exemplo da forma como utilizou a prática anterior ou porque não a utilizou.

RESPONSIVIDADE DO PROFISSIONAL

38. 13- Ajudo a família a considerar soluções que incluam uma ampla gama de recursos da família e da comunidade, para atingir os objetivos desejados *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1= Sim, a prática foi utilizada
- ☐ 2= A prática é parcialmente/utilizada por vezes
- ☐ 3= Prática não utilizada
- ☐ 4= Não aplicável, não tive oportunidade para observar a prática

39. Exemplos/Comentários

Descreva um exemplo da forma como utilizou a prática anterior ou porque não a utilizou.

40. 14- Apoio e respeito as decisões da família. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1= Sim, a prática foi utilizada
- ☐ 2= A prática é parcialmente/utilizada por vezes
- ☐ 3= Prática não utilizada
- ☐ 4= Não aplicável, não tive oportunidade para observar a prática

41. Exemplos/Comentários

Descreva um exemplo da forma como utilizou a prática anterior ou porque não a utilizou.

42. 15 - Trabalho com a família de forma flexível e individualizada. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1= Sim, a prática foi utilizada
- ☐ 2= A prática é parcialmente/utilizada por vezes
- ☐ 3= Prática não utilizada
- ☐ 4= Não aplicável, não tive oportunidade para observar a prática

43. Exemplos/Comentários

Descreva um exemplo da forma como utilizou a prática anterior ou porque não a utilizou.

44. 16 - Ofereço ajuda de forma a responder e ir ao encontro dos interesses e prioridades família. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1= Sim, a prática foi utilizada
- ☐ 2= A prática é parcialmente/utilizada por vezes
- ☐ 3= Prática não utilizada
- ☐ 4= Não aplicável, não tive oportunidade para observar a prática

45. Exemplos/Comentários

Descreva um exemplo da forma como utilizou a prática anterior ou porque não a utilizou.

46. 17- Ajudo a família a ter uma abordagem positiva e planeada para atingir os objetivos desejados. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1= Sim, a prática foi utilizada
- ☐ 2= A prática é parcialmente/utilizada por vezes
- ☐ 3= Prática não utilizada
- ☐ 4= Não aplicável, não tive oportunidade para observar a prática

47. Exemplos/Comentários

Descreva um exemplo da forma como utilizou a prática anterior ou porque não a utilizou.

Avaliação das Práticas Recomendadas em IP

Avalie a frequência com que utiliza as seguintes práticas no exercício da sua profissão.

- 1= Nunca;
- 2= Ocasionalmente, poucas vezes;
- 3= Frequentemente, muitas vezes;
- 4= Sempre.

48. Avalio de forma aprofundada as rotinas da criança EM CASA e identifico aquelas que geram mais stress para a família. *

Avalio desempenho, envolvimento e interações da criança e da família numa determinada rotina.
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4
Nunca	☐	☐	☐	☐
Sempre				

49. Avalio de forma aprofundada as rotinas da criança no JARDIM-DE-INFÂNCIA e identifico as mais preocupantes para a educadora/família. *

Avalio desempenho, envolvimento e interações da criança numa determinada rotina.
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4
Nunca	☐	☐	☐	☐
Sempre				

50. Os meus objetivos são funcionais, mensuráveis e de acordo com os desejos da família, no sentido de diminuir o stress nas rotinas identificadas pela família /educador. *

Exemplo de objetivo funcional: A Ana participará no pequeno-almoço, almoço e idas ao restaurante, utilizando a colher para se alimentar. Sabemos que foi capaz quando comer uma taça pequena com papa desta forma durante 2 semanas.
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4
Nunca	☐	☐	☐	☐
Sempre				

51. Encorajo a família a identificar e utilizar atividades da rotina e do interesse da criança como boas oportunidades de aprendizagem. *

Intervenções baseadas nas rotinas são as práticas de intervenção que aproveitam as rotinas do dia-a-dia da criança como oportunidades para aprendizagem e para atingir os objetivos propostos. Item adaptado de: Family Capacity-Building Practices Checklist da Early Childhood Technical Assistance Center (ECTA Center)
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4
Nunca	☐	☐	☐	☐
Sempre				

52. Executo uma dada intervenção juntamente com a família, fornecendo, ao longo do tempo, feedback construtivo e positivo e sem julgar. *

Item adaptado de: Family Capacity-Building Practices Checklist do Early Childhood Technical Assistance Center (ECTA Center)
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4
Nunca	☐	☐	☐	☐
Sempre				

53. Peça uma constante auto-avaliação à família sobre o seu desempenho e confiança na utilização da intervenção. *

Item adaptado de: Family Capacity-Building Checklist do Early Childhood Technical Assistance Center (ECTA Center)

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nunca	☐	☐	☐	☐	Sempre

54. Trabalho com a família e outros adultos para modificar e adaptar o ambiente físico, social e temporal para promover o acesso e a participação da criança nas experiências de aprendizagem. *

Item adaptado de Division for Early Childhood. (2014). DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education 2014. Retrieved from

<http://www.decsped.org/recommendedpractices>.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nunca	☐	☐	☐	☐	Sempre

Percepções dos Terapeutas Ocupacionais sobre as barreiras às práticas recomendadas em IP

Após o preenchimento do questionário conseguiu identificar algumas das que são as práticas recomendadas em IP. Por conseguinte, reflita sobre o que poderá estar a impedir a utilização dessas práticas.

55. Quais considera serem as maiores barreiras para a adoção de práticas recomendadas em intervenção precoce? *
